

FORMULÁRIO
CRENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS PARA A OFERTA DE PLANOS DE
SAÚDE
ANEXOS DO PROJETO BÁSICO

FORMULÁRIO
CRENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS PARA A OFERTA DE PLANOS DE
SAÚDE
ANEXOS DO PROJETO BÁSICO

CRENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS PARA OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE	
FORMULÁRIO (ANEXOS II, III, IV e V DO PROJETO BÁSICO)	
Nome da empresa	ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ nº	11.165.556/0001-54
Representante Legal	Farias Pereira de Sousa
RG nº	1.428.385
CPF nº	634.673.801-15
Endereço	SCS, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa
Telefone	61 9 9528-3704
E-mail	farias@allcare.com.br e renata.danesi@allcare.com.br
<p>DECLARA, perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;</p> <p>DECLARA que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal;</p> <p>DECLARA, sob as penas da Lei nº 6.938/1981, na qualidade de proponente do credenciamento público, instaurado pelo Processo de nº 08007.006566/2019-13, que atendemos aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente.</p> <p>Estou ciente da obrigatoriedade da apresentação das declarações e certidões pertinentes aos órgãos competentes, quando solicitadas, como requisito para habilitação e da obrigatoriedade do cumprimento integral ao que estabelece o art. 6º e seus incisos, da Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG e Decreto nº 7.746, de 5 de junho de 2012, que estabelece critérios, práticas e diretrizes para a promoção do desenvolvimento nacional sustentável.</p>	

Estou ciente da obrigatoriedade da apresentação do registro no Cadastro Técnico Federal de Atividades Potencialmente Poluidoras ou Utilizadoras de Recursos Ambientais, caso minha empresa exerça uma das atividades constantes no Anexo II da Instrução Normativa nº 31, de 03 de dezembro de 2009, do IBAMA.

DECLARA que no ato da assinatura do Acordo de Parceria apresentará os instrumentos celebrados entre a Administradora e as operadoras de planos de assistência à saúde, nos termos do Edital e anexos.



Documento assinado eletronicamente por **FARIAS PEREIRA DE SOUSA, Usuário Externo - Represente Legal**, em 30/12/2022, às 14:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **21566114** e o código CRC **6569E45B**

O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/aceso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Proposta Comercial

**MJSP - Ministério da Justiça
e Segurança Pública**

ANS Nº 41.745-9

REF.: CREDENCIAMENTO Nº 002/2022

Processo Nº: 08007.006566/2019-13

allcare





**AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

REF: Proposta Comercial – Edital de Credenciamento nº 02/2022 - Credenciamento de Administradoras de Benefícios – Processo: 08007.006566/2019-13

A **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, vem respeitosamente à presença de V. Sa. apresentar proposta comercial, com a finalidade de Credenciamento de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar, com atendimento médico-hospitalar ou atendimento odontológico, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; nº 465, de 24 de fevereiro de 2021; nº 515 de abril alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 515, de 29 de abril de 2022) e suas atualizações; pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.

PROPOSTA

1 OBJETO

1.1 Esta proposta tem por objeto a finalidade de disponibilizar de planos privados de assistência à saúde, coletivo empresarial, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes, conforme especificações técnicas fundamentadas acima.

1.2 Os serviços envolvidos no subitem 1.1 atendem ao disposto na Lei n. 9.656, de 1998; observadas as coberturas e regulações estabelecidas nas Resoluções Normativas da ANS, especialmente as de n. 195, 515, 465, respeitadas as alterações posteriores e demais legislações que regulam o setor.

1.3 Eventual alteração no Rol de Procedimentos publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelo plano de assistência à saúde suplementar definida nesta Proposta, independentemente de aditamento contratual.



PLANILHAS DE FORMAÇÃO DE PREÇOS

2. DOS PLANOS OFERTADOS, PREÇOS E OPERADORAS PRESTADORAS DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR.

2.1 MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE

MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA., CNPJ/MF sob nº: 28.310.835/0001-67, sediada na Rua Emiliano Perneta, N.º 297, Sala 211, 21º andar, Condomínio Metropolitan, Centro, Curitiba/PR, CEP: 80.010-050, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42136-7.

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	Assistência médica, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Área geográfica de abrangência	Nacional e Estadual
Coparticipação	Com Coparticipação

Produto Nacional - Com Coparticipação

Liberty Nacional		
MEDHEALTH LIBERTY NACIONAL		
Faixa Etária	Enfermaria	Apartamento
	Nacional	Nacional
Nº Registro	486.363/20-1	486.359/20-3
De 00 até 18 anos	R\$ 520,21	R\$ 620,37
De 19 até 23 anos	R\$ 590,86	R\$ 705,72
De 24 até 28 anos	R\$ 618,23	R\$ 738,83
De 29 até 33 anos	R\$ 789,60	R\$ 945,90
De 34 até 38 anos	R\$ 826,65	R\$ 990,66
De 39 até 43 anos	R\$ 942,53	R\$ 1.130,70
De 44 até 48 anos	R\$ 1.296,75	R\$ 1.558,76
De 49 até 53 anos	R\$ 1.632,31	R\$ 1.964,19
De 54 até 58 anos	R\$ 1.790,98	R\$ 2.155,95
59 anos ou +	R\$ 3.121,07	R\$ 3.722,14



Informação da Coparticipação - Produto MedHealth Liberty Nacional

	Local de realização do procedimento	
	Rede Referenciada	Pronto Atendimento
Consultas	R\$ 40,00	R\$ 80,00
Exames Simples	R\$ 15,00	R\$ 15,00

Produtos Com Coparticipação

	OURO LEV DF MEDHEALTH OURO LEV		OURO DF MEDHEALTH OURO		UNIQUE DF MEDHEALTH UNIQUE		Liberty Nacional MEDHEALTH LIBERTY	
	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
Abrangência	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Nacional	Nacional
Nº Registro	492.522/22-0	492.521/22-1	492.522/22-0	492.521/22-1	492.551/22-3	492.552/22-1	486.363/20-1	486.359/20-3
00 até 18 anos	R\$ 286,97	R\$ 342,22	R\$ 317,44	R\$ 378,56	R\$ 327,80	R\$ 390,91	R\$ 452,36	R\$ 539,45
19 até 23 anos	R\$ 325,94	R\$ 389,31	R\$ 360,56	R\$ 430,65	R\$ 372,31	R\$ 444,69	R\$ 513,79	R\$ 613,67
24 até 28 anos	R\$ 341,04	R\$ 407,57	R\$ 377,26	R\$ 450,85	R\$ 389,56	R\$ 465,55	R\$ 537,59	R\$ 642,46
29 até 33 anos	R\$ 435,57	R\$ 521,79	R\$ 481,83	R\$ 577,20	R\$ 497,54	R\$ 596,03	R\$ 686,61	R\$ 822,52
34 até 38 anos	R\$ 456,01	R\$ 546,48	R\$ 504,44	R\$ 604,52	R\$ 520,89	R\$ 624,23	R\$ 718,83	R\$ 861,44
39 até 43 anos	R\$ 519,94	R\$ 623,74	R\$ 575,15	R\$ 689,98	R\$ 593,91	R\$ 712,48	R\$ 819,59	R\$ 983,22
44 até 48 anos	R\$ 715,34	R\$ 859,87	R\$ 791,30	R\$ 951,18	R\$ 817,11	R\$ 982,20	R\$ 1.127,61	R\$ 1.355,44
49 até 53 anos	R\$ 900,45	R\$ 1.083,53	R\$ 996,07	R\$ 1.198,59	R\$ 1.028,55	R\$ 1.237,68	R\$ 1.419,40	R\$ 1.707,99
54 até 58 anos	R\$ 987,98	R\$ 1.189,31	R\$ 1.092,89	R\$ 1.315,60	R\$ 1.128,53	R\$ 1.358,50	R\$ 1.557,37	R\$ 1.874,74
59 anos ou +	R\$ 1.721,71	R\$ 2.053,28	R\$ 1.904,54	R\$ 2.271,33	R\$ 1.966,65	R\$ 2.345,39	R\$ 2.713,97	R\$ 3.236,64

Informação de Coparticipação

Caso use a rede referenciada e/ou tele orientação, não haverá cobrança de coparticipação.

Na rede credenciada, coparticipação de 25% dos procedimentos, com limite de R\$250 mês usuário.



	MEDHEALTH OURO LEV	MEDHEALTH OURO	MEDHEALTH UNIQUE	MEDHEALTH LIBERTY NACIONAL
Informações da Coparticipação	25% ou valores fixos conforme procedimento e local de prestação dos serviços	Não há cobrança de coparticipação em consultas e procedimentos dentro da Rede Ambulatorial do HSL (Hospital Sírio Libanês) ou telemedicina. Valores fixos ou 25% para pronto socorro e atendimento fora da rede ambulatorial do HSL.	Não há cobrança de coparticipação em consultas e procedimentos dentro da Rede Ambulatorial do HSL (Hospital Sírio Libanês) ou telemedicina. Valores fixos ou 25% para pronto socorro e atendimento fora da rede ambulatorial do HSL.	Não há cobrança de coparticipação em consultas e procedimentos dentro da Rede Ambulatorial do HSL (Hospital Sírio Libanês) ou telemedicina. Valores fixos ou 25% para pronto socorro e atendimento fora na rede eletiva.

	MEDHEALTH OURO LEV			
	Local de realização do procedimento			
	APS	Telemedicina	Rede Referenciada	Pronto Atendimento
Consultas	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 90,00
Exames Simples	-	-	R\$ 25,00	R\$ 25,00
Exames Complexos	-	-	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Terapias	R\$ 25,00	-	R\$ 25,00	R\$ 25,00
Hemodiálise/Tratam. Oncológico	-	-	0%	0%
Demais Medicamentos	-	-	25%	25%
Outros procedimentos	-	-	25%	25%
Franquia de Internação na Rede Referenciada	-	-	R\$ 250,00	-

	MEDHEALTH OURO			
	Local de realização do procedimento			
	APS	Telemedicina	Rede Referenciada	Pronto Atendimento
Consultas	-	-	-	R\$ 75,00
Exames Simples	-	-	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Exames Complexos	-	-	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Terapias	-	-	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Hemodiálise/Tratam. Oncológico	-	-	10%	10%
Demais Medicamentos	-	-	10%	10%
Outros procedimentos	-	-	25%	25%
Franquia de Internação na Rede Credenciada	R\$ 250,00			



MEDHEALTH UNIQUE				
Local de realização do procedimento				
	APS	Telemedicina	Rede Referenciada	Pronto Atendimento
Consultas	-	-	-	R\$ 75,00
Exames Simples	-	-	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Exames Complexos	-	-	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Terapias	-	-	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Hemodiálise/Tratam. Oncológico	-	-	0%	0%
Demais Medicamentos	-	-	10%	10%
Outros procedimentos	-	-	25%	25%
Franquia de Internação na Rede Credenciada	R\$ 250,00			

MEDHEALTH LIBERTY				
Local de realização do procedimento				
	APS	Telemedicina	Rede Referenciada	Pronto Atendimento
Consultas	-	-	R\$ 40,00	R\$ 80,00
Exames Simples	-	-	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Exames Complexos	-	-	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Terapias	-	-	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Hemodiálise/Tratam. Oncológico	-	-	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Demais Medicamentos	-	-	10%	10%
Outros procedimentos	-	-	25%	25%
Franquia de Internação na Rede Credenciada	R\$ 250,00			



Produtos Com Coparticipação – Curitiba

Planos	MEDHEALTH DRA SANTA SAÚDE		MEDHEALTH LIBERTY NACIONAL	
	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
Abrangência	Grupo de Municípios*	Grupo de Municípios*	Nacional	Nacional
Nº Registro	487.612/20-1	487.613/20-0	486.363/20-1	486.359/20-3
De 00 até 18 anos	R\$ 142,66	R\$ 171,83	R\$ 406,79	R\$ 485,11
De 19 até 23 anos	R\$ 162,02	R\$ 195,15	R\$ 462,04	R\$ 551,86
De 24 até 28 anos	R\$ 169,53	R\$ 204,20	R\$ 483,44	R\$ 577,75
De 29 até 33 anos	R\$ 216,52	R\$ 260,80	R\$ 617,45	R\$ 739,67
De 34 até 38 anos	R\$ 226,68	R\$ 273,04	R\$ 646,42	R\$ 774,67
De 39 até 43 anos	R\$ 258,46	R\$ 311,32	R\$ 737,04	R\$ 884,18
De 44 até 48 anos	R\$ 355,59	R\$ 428,31	R\$ 1.014,03	R\$ 1.218,91
De 49 até 53 anos	R\$ 447,60	R\$ 539,14	R\$ 1.276,44	R\$ 1.535,95
De 54 até 58 anos	R\$ 576,60	R\$ 694,52	R\$ 1.400,51	R\$ 1.685,90
59 anos ou +	R\$ 855,87	R\$ 1.030,89	R\$ 2.440,61	R\$ 2.910,63

* Produto MedHealth DRA. Santa Saúde – Possui abrangência nos seguintes municípios:

Paraná: Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais.

Informação de Coparticipação

Caso use a rede referenciada e/ou tele orientação, não haverá cobrança de coparticipação.

Na rede credenciada, coparticipação de 25% dos procedimentos, com limite de R\$250 mês usuário.

	MEDHEALTH DRA SANTA SAÚDE CURITIBA	MEDHEALTH LIBERTY NACIONAL
Informações da Coparticipação	Valores fixos ou 25% para consultas, e demais procedimentos, com limite de 100/procedimento.	Não há cobrança de coparticipação em consultas e procedimentos dentro da Rede Ambulatorial do HSL (Hospital Sírio Libanês) ou telemedicina. Valores fixos ou 25% para pronto socorro e atendimento fora na rede eletiva (GAMA).



2.2 CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A.

CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A., com sede na Avenida Ernani do Amaral Peixoto, 467, Sala 1411, Centro, na cidade Niterói, CEP 24.020-072, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº 07.844.436/0001-06, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 41577-4.

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	Assistência médica, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Área geográfica de abrangência	Grupo de Municípios e Estadual
Coparticipação	Com e Sem coparticipação

Com coparticipação – Rio de Janeiro

FAIXA ETARIA	INTEGRAL 100 E	INTEGRAL 100 E	INTEGRAL 200 E	INTEGRAL 200 E
Acomodações	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
Registro ANS	485.165/20-0	486.006/20-3	486.008/20-0	486.007/20-1
De 00 até 18 anos	R\$ 278,72	R\$ 306,59	R\$ 314,34	R\$ 345,77
De 19 até 23 anos	R\$ 312,18	R\$ 343,40	R\$ 352,07	R\$ 387,30
De 24 até 28 anos	R\$ 349,65	R\$ 384,60	R\$ 394,32	R\$ 433,78
De 29 até 33 anos	R\$ 391,60	R\$ 430,73	R\$ 441,63	R\$ 485,82
De 34 até 38 anos	R\$ 465,11	R\$ 511,61	R\$ 524,59	R\$ 577,05
De 39 até 43 anos	R\$ 543,62	R\$ 598,00	R\$ 613,13	R\$ 674,44
De 44 até 48 anos	R\$ 681,78	R\$ 749,96	R\$ 768,93	R\$ 845,82
De 49 até 53 anos	R\$ 826,61	R\$ 909,28	R\$ 932,27	R\$ 1.025,49
De 54 até 58 anos	R\$ 1.168,63	R\$ 1.285,55	R\$ 1.318,06	R\$ 1.449,83
59 anos ou +	R\$ 1.665,37	R\$ 1.831,88	R\$ 1.878,22	R\$ 2.066,09



FAIXA ETARIA	ESSENCIAL 20 E	MAIS 20 E	MULTI 20 E	TOTAL 20 E
Acomodações	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
Registro ANS	460.940/09-9	460.962/09-0	460.941/09-7	460.961/09-1
De 00 até 18 anos	R\$ 419,16	R\$ 502,96	R\$ 901,18	R\$ 1.532,01
De 19 até 23 anos	R\$ 469,46	R\$ 563,38	R\$ 1.009,38	R\$ 1.715,94
De 24 até 28 anos	R\$ 525,80	R\$ 630,99	R\$ 1.130,51	R\$ 1.921,87
De 29 até 33 anos	R\$ 588,90	R\$ 706,68	R\$ 1.266,15	R\$ 2.152,45
De 34 até 38 anos	R\$ 699,48	R\$ 839,33	R\$ 1.503,82	R\$ 2.556,49
De 39 até 43 anos	R\$ 817,54	R\$ 981,00	R\$ 1.757,67	R\$ 2.988,04
De 44 até 48 anos	R\$ 1.025,27	R\$ 1.230,30	R\$ 2.204,33	R\$ 3.747,37
De 49 até 53 anos	R\$ 1.243,06	R\$ 1.491,65	R\$ 2.672,59	R\$ 4.543,39
De 54 até 58 anos	R\$ 1.757,43	R\$ 2.108,87	R\$ 3.778,48	R\$ 6.423,41
59 anos ou +	R\$ 2.504,34	R\$ 3.005,18	R\$ 5.384,32	R\$ 9.153,34

INFORMAÇÕES DE COPARTICIPAÇÃO

Procedimento	%	R\$
Consultas Eletivas	10,00%	R\$ 10,00
Consulta Urgência	10,00%	R\$ 25,00
Exames Simples	10,00%	R\$ 5,00
Exames Especiais	10,00%	R\$ 30,00
Tratamentos Seriados	10,00%	R\$ 10,00
Internações	Não aplicável	Não aplicável



Sem coparticipação – Rio de Janeiro

FAIXA ETARIA	INTEGRAL 100 E	INTEGRAL 100 E	INTEGRAL 200 E	INTEGRAL 200 E
Acomodações	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
Registro ANS	484.748/20-2	484.746/20-6	484.745/20-8	484.747/20-4
De 00 até 18 anos	R\$ 302,96	R\$ 333,26	R\$ 341,70	R\$ 375,85
De 19 até 23 anos	R\$ 339,35	R\$ 373,27	R\$ 382,71	R\$ 420,99
De 24 até 28 anos	R\$ 380,06	R\$ 418,06	R\$ 428,63	R\$ 471,51
De 29 até 33 anos	R\$ 425,68	R\$ 468,22	R\$ 480,06	R\$ 528,09
De 34 até 38 anos	R\$ 505,59	R\$ 556,13	R\$ 570,21	R\$ 627,24
De 39 até 43 anos	R\$ 590,91	R\$ 650,01	R\$ 666,46	R\$ 733,09
De 44 até 48 anos	R\$ 741,06	R\$ 815,18	R\$ 835,80	R\$ 919,39
De 49 até 53 anos	R\$ 898,50	R\$ 988,37	R\$ 1.013,37	R\$ 1.114,68
De 54 até 58 anos	R\$ 1.270,29	R\$ 1.397,33	R\$ 1.432,68	R\$ 1.575,93
59 anos ou +	R\$ 1.810,20	R\$ 1.991,20	R\$ 2.041,57	R\$ 2.245,74

FAIXA ETARIA	ESSENCIAL	MAIS	MULTI	TOTAL
Acomodações	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
Registro ANS	455.848/07-1	455.854/07-5	455.855/07-3	458.005/08-2
De 00 até 18 anos	R\$ 455,62	R\$ 546,72	R\$ 979,56	R\$ 1.665,26
De 19 até 23 anos	R\$ 510,32	R\$ 612,38	R\$ 1.097,17	R\$ 1.865,20
De 24 até 28 anos	R\$ 571,55	R\$ 685,85	R\$ 1.228,84	R\$ 2.089,04
De 29 até 33 anos	R\$ 640,12	R\$ 768,13	R\$ 1.376,26	R\$ 2.339,63
De 34 até 38 anos	R\$ 760,29	R\$ 912,33	R\$ 1.634,61	R\$ 2.778,84
De 39 até 43 anos	R\$ 888,62	R\$ 1.066,32	R\$ 1.910,54	R\$ 3.247,91
De 44 até 48 anos	R\$ 1.114,43	R\$ 1.337,32	R\$ 2.396,02	R\$ 4.073,24
De 49 até 53 anos	R\$ 1.351,16	R\$ 1.621,37	R\$ 2.905,00	R\$ 4.938,50
De 54 até 58 anos	R\$ 1.910,26	R\$ 2.292,28	R\$ 4.107,05	R\$ 6.981,99
59 anos ou +	R\$ 2.722,12	R\$ 3.266,51	R\$ 5.852,54	R\$ 9.949,32



2.3. S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA.

S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA., CNPJ/MF sob nº: 27.113.113/0001-50, sediada no SCS Quadra 03, Bloco A, Lote 107, 1º Andar, Sala 101, Ed. Antônia Alves P. de Sousa, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.303.907, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42098-1.

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	Assistência Médica Ambulatorial
Área geográfica de abrangência	Municipal
Coparticipação	Com e Sem coparticipação

Com coparticipação – Distrito Federal

	GOLD
Registro ANS	480.160/18-1
De 00 até 18 anos	R\$ 134,94
De 19 até 23 anos	R\$ 178,32
De 24 até 28 anos	R\$ 184,32
De 29 até 33 anos	R\$ 209,68
De 34 até 38 anos	R\$ 238,16
De 39 até 43 anos	R\$ 268,95
De 44 até 48 anos	R\$ 343,12
De 49 até 53 anos	R\$ 373,12
De 54 até 58 anos	R\$ 517,24
59 anos ou +	R\$ 798,91



INFORMAÇÕES DE COPARTICIPAÇÃO

Copart	Procedimento	Valores da Copay
001	Consultas Médica em Consultório	R\$ 17,00
014	Consulta Médica em Pronto Socorro	R\$ 34,00
012	TTO Seriado (Fono, Psico, Nutri)	R\$ 17,00
013	TTO Seriado (Fisio) e Acupuntura	R\$ 11,00
006	Exames Simples I	R\$ 6,00
009	Exames Simples II	R\$ 11,00
011	Exames Simples III	R\$ 23,00
007	Exames Especiais I	R\$ 34,00
008	Exames Especiais II	R\$ 34,00
010	Cirurgias e Métodos Intervencionistas	R\$ 40,00

Sem coparticipação – Distrito Federal

	GOLD
Registro ANS	480.162/18-8
De 00 até 18 anos	R\$ 156,75
De 19 até 23 anos	R\$ 207,13
De 24 até 28 anos	R\$ 214,11
De 29 até 33 anos	R\$ 243,58
De 34 até 38 anos	R\$ 276,64
De 39 até 43 anos	R\$ 312,42
De 44 até 48 anos	R\$ 398,56
De 49 até 53 anos	R\$ 433,42
De 54 até 58 anos	R\$ 600,82
59 anos ou +	R\$ 928,00



DAS COBERTURAS

Os produtos apresentados na operadora S1 Saúde contempla, exclusivamente, CONSULTAS MÉDICAS em número ilimitado, SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS. Não tem cobertura de internação de qualquer natureza.

A prestação da assistência médica prevista nos produtos propostos assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, dentro da segmentação assistencial contratada, ou seja, ambulatorial, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS vigente à época.

Os atendimentos de urgência e emergência estão limitados às primeiras 12 horas do atendimento em pronto socorro.

2.4 UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS

UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS, com sede na Rua Correia Dias, nº 185, Paraíso, São Paulo/SP, CEP 04104-000, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº 44.595.858/0001-11, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 31-431-5.

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial
Segmentação assistencial	Odontológica
Área geográfica de abrangência	Nacional
Coparticipação	Sem Coparticipação

PLANO	EMPRESARIAL
	Ônix (Rol da ANS + ampliações)
	Registro ANS 465.758/11-6
	VALOR UNITÁRIO
Valor Linear	R\$ 31,35



2.5. ODONT OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA

ODONT OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 34.907.159/0001-06, sediada na Rua Jaguarari, n.º 2281, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-500, registro na ANS sob o nº 42.208-8.

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação assistencial	Odontológica
Área geográfica de abrangência	Grupo de Estados
Coparticipação	Sem coparticipação

PLANO	EMPRESARIAL
	Odont Plus Empresarial
	Registro ANS 490.037/21-3
	VALOR UNITÁRIO
Valor Linear	R\$ 20,28

Odont Plus Empresarial

Possui abrangência nos seguintes estados:

Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia, Pará, Amapá, Tocantins, Goiás, Distrito Federal, Maranhão, Piauí, Ceará, Bahia, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Alagoas.



Coberturas

Alguns procedimentos cobertos Odont Plus Básico
Urgência e emergência
Consultas
Limpeza, prevenção e aplicação de flúor (profilaxia)
Raios X (panorâmicos e periapicais)
Tratamento de gengiva (periodontia)
Tratamento para crianças (odontopediatria)
Restaurações (dentística)
Cirurgias e extrações (incluindo dentes do siso/inclusos)
Tratamento de canal (endodontia)
Próteses (conforme Rol de Procedimentos vigentes na ANS)
Telemedicina 24hs - Nacional

3. DA VALIDADE DA PROPOSTA

3.1 A presente proposta tem validade de 30 (trinta) dias contados da data limite da entrega dos arquivos, qual seja, 30 de dezembro de 2022.

4. CONDIÇÕES GERAIS

4.1 Declaramos que temos pleno conhecimento do teor do Edital de Credenciamento nº 02/2022 - Credenciamento de Administradoras de Benefícios, oriundo do Processo Nº 08007.006566/2019-13 do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), aceitamos e cumprimos integral e incondicionalmente suas cláusulas e anexos, de acordo com a legislação vigente pertinente ao setor.



4.2 Enfatizamos que a primeira vigência a ser comercializada pelas novas operadoras apresentadas por esta Administradora, dependerá da data de assinatura do Termo de Acordo a ser celebrado entre o Ministério da Justiça e Segurança Pública - MJSP e a Allcare Benefícios, respeitando prazos de movimentação cadastral das operadoras e Edital.

4.3 Em atendimento ao item 5.6 do edital, e 23.1.3 do termo de referência, declaramos que a proposta apresentada inclui todos os encargos tributários e demais despesas necessárias ao fornecimento e à prestação dos serviços descritos no edital supra.

4.4 As operadoras exigirão coparticipação psiquiátrica, nos termos da RN n.º 465 da ANS (e suas atualizações), conforme previsão contratual.

4.5 Para o atendimento das cláusulas contidas nesta Proposta, serão respeitadas pelas partes a Lei Geral de Proteção de Dados – Lei n.º 13.709/2018, bem como a Lei Brasileira de Anticorrupção – Lei n.º 12.846/2013.

Ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, através do telefone (61) 9 9528-3704.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
Farias Pereira de Sousa
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA:63467380115
CPF: 63467380115
Hora de assinatura: 30/12/2022 | 13:39 BRT
ICP
Brasil
0A1E0F847C048A46F842B89EE3FAD43

DocuSigned by:
Renata Adriana Costa Danesi
Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI:28812498841
CPF: 28812498841
Data/Hora de Assinatura: 30/12/2022 | 14:02 BRT
ICP
Brasil
3A101EE076384A08B46D7E1F316292E2

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ 11.165.556/0001-54

Nome: Farias Pereira de Sousa
Cargo: Diretor Presidente
CPF: 634.673.801-15
RG: 1.428.385 SSP/DF

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
Cargo: Gerente Executivo de Licitações
CPF: 288.124.988-41
RG:3.034.744 SSP/DF

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 9E00CB024D384CB01B8D151B4B5AF3C
 Assunto: AllCare Benefícios - Declarações do CREDENCIAMENTO Nº 02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA.
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 22
 Assinar páginas: 2
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 30/12/2022 | 11:15

Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente
 ALLCARE

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 12:17
 Assinado: 30/12/2022 | 13:39

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
 Não disponível através da DocuSign

Renata Adriana Costa Danesi
 renata.danesi@allcare.com.br
 CONTRATOS

Renata Adriana Costa Danesi

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 13:08
 Assinado: 30/12/2022 | 14:02

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 200.173.230.17

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
 Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Carina Pereira Maganin Moreira carina.maganin@allcare.com.br Gerente Jurídica 179451 OAB/RJ Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	30/12/2022 12:15
Entrega certificada	Segurança verificada	30/12/2022 13:08
Assinatura concluída	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Concluído	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora

Documentos de Habilitação



**MJSP - Ministério da Justiça e
Segurança Pública**

ANS Nº 41.745-9

REF.: CREDENCIAMENTO Nº 002/2022

Processo Nº: 08007.006566/2019-13

allcare





**AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

REF.: EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022
PROCESSO N.º: 08007.006566/2019-13

Prezados senhores,

A **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, devidamente registrada sob CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, sediada na SCS, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa, Asa Sul, Brasília/DF, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 41745-9, vem respeitosamente à presença de V. Sa. apresentar sua documentação para habilitação no Processo de Credenciamento **N.º 002/2022**, oriundo do **Processo Nº 08007.006566/2019-13** em conformidade com o solicitado no referido Edital e seus anexos.

ÍNDICE

1. Habilitação Jurídica	
Contrato Social e Documentos dos Sócios	DOC.01
Procuração e Doc. Representantes.....	DOC.02
2. Regularidade Fiscal	
Cartão CNPJ	DOC.03
Certidão Negativa de Débitos Federais e INSS	DOC.04
Certidão de Regularidade do FGTS	DOC.05
Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas	DOC.06
Inscrição Distrital	DOC.07
Certidão Negativa de Débitos com GDF	DOC.08
3. Qualificação Técnica	
Comprovante de Registro na ANS da Administradora	DOC.09



Atestados de Capacidade Técnica DOC.10
Declaração de Aproveitamento de Carências DOC.11
Certidão de Ativos Garantidores DOC.12
SICAF DOC.13
Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos DOC.14
Declaração de não Emprego de Menores DOC.15
Declaração de Sustentabilidade DOC.16
Declaração de Apresentação Futura de Rede Credenciada DOC.17
Termo de Acordo e Responsabilidades com as Operadoras DOC.18

4. Documentos Complementares - Operadoras

Declaração de Aproveitamento de Carências das Operadoras DOC.19
Declarações de Rede Credenciada DOC.20
Registro ANS dos Produtos Apresentados DOC.21
Comprovante de Registro na ANS das Operadoras DOC.22

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
Farias Pereira de Sousa
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA 63467380115
CPF: 63467380115
Hora de assinatura: 30/12/2022 | 13:39 BRT
ICP
Brasil

DocuSigned by:
Renata Adriana Costa Danesi
Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI 28812498841
CPF: 28812498841
Data/Hora da Assinatura: 30/12/2022 | 14:02 BRT
ICP
Brasil

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ 11.165.556/0001-54

Nome: Farias Pereira de Sousa
Cargo: Diretor Presidente
CPF: 634.673.801-15
RG: 1.428.385 SSP/DF

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
Cargo: Gerente Executivo de Licitações
CPF: 288.124.988-41
RG: 3.034.744 SSP/DF

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 9E00CB024D384CBBB1B8D151B4B5AF3C
 Assunto: AllCare Benefícios - Declarações do CREDENCIAMENTO Nº 02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA.
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 22
 Assinar páginas: 2
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 30/12/2022 | 11:15

Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente
 ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Renata Adriana Costa Danesi
 renata.danesi@allcare.com.br
 CONTRATOS

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Assinatura

Farias Pereira de Sousa

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Renata Adriana Costa Danesi

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 200.173.230.17

Registro de hora e data

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 12:17
 Assinado: 30/12/2022 | 13:39

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 13:08
 Assinado: 30/12/2022 | 14:02

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Carina Pereira Maganin Moreira carina.maganin@allcare.com.br Gerente Jurídica 179451 OAB/RJ Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	30/12/2022 12:15
Entrega certificada	Segurança verificada	30/12/2022 13:08
Assinatura concluída	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Concluído	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora



- Contrato Social Consolidado
 - Documentos dos Sócios

Item 6.1.1.2



**VIGÉSIMA TERCEIRA ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DA
ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**

CNPJ/ME nº 11.165.556/0001-54

NIRE 53.2.0158213-2

1. DG INVESTIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S.A., com sede social na cidade e Estado do Rio de Janeiro, na Av. Rio Branco, nº 138, sala 1501, Bairro Centro, CEP: 20040-909, inscrita no CNPJ/ME sob o n.º 19.841.730/0001-43, registrada na Junta Comercial do Rio de Janeiro (JUCERJA) sob o n.º 33.3.0031134-3, neste ato representada pelo seus Diretores, Sr. LUIZ ALVES FILHO, brasileiro, casado pelo regime da comunhão parcial de bens, médico, portador da carteira de identidade nº 001.920.317-3, expedida pelo DETRAN/RJ, inscrito no CPF/ME sob o nº 104.076.427-49 e Sr. MÁRCIO ALEXANDRE SALVADOR SILVA, brasileiro, casado pelo regime da separação total de bens, advogado, portador da carteira de identidade profissional nº 103.968, expedida pela OAB/RJ, inscrito no CPF/ME sob o nº 965.806.827-87, ambos com endereço profissional na Cidade e Estado do Rio de Janeiro, na Avenida das Américas, nº 4.200, Bloco 5, 5º andar, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, CEP: 22640-102; e

2. LUIZ ALVES FILHO, brasileiro, casado pelo regime da comunhão parcial de bens, médico, portador da carteira de identidade nº 001.920.317-3, expedida pelo DETRAN/RJ, inscrito no CPF/ME sob o nº 104.076.427-49, com endereço profissional na Cidade e Estado do Rio de Janeiro, na Avenida das Américas, nº 4.200, Bloco 5, 5º andar, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, CEP: 22640-102.

Únicos sócios da sociedade empresária limitada **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, com sede social no Setor Comercial Sul, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Asa Sul, Brasília-DF, CEP 70.303.907, inscrita no CNPJ/ME sob o nº 11.165.556/000154 e no CF/DF sob o nº 07.527.665/001-56, registrada na Junta Comercial, Industrial e Serviços do Distrito Federal (JUCIS-DF), sob o nº 53.2.0158213-2, por despacho em 03/09/2009 e posteriores alterações (“**Sociedade**”), têm, entre si, justo e acordado, sem quaisquer ressalvas ou reservas, promover a presente Vigésima Terceira Alteração do Contrato Social, nos seguintes termos e condições:

1. CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTA E ALTERAÇÃO DO TIPO SOCIETÁRIO

- 1.1. O sócio **LUIZ ALVES FILHO**, neste ato, retirando-se da Sociedade, cede e transfere, a título oneroso por venda, a totalidade de sua participação na Sociedade, ou seja, 1 (uma) quota, no valor nominal de R\$1,00 (um real), à sócia **DG INVESTIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S.A.**, que passa ser a única sócia da Sociedade, conforme previsto no Artigo 1.052, §1º, do Código Civil, incluído pela Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019.
- 1.2. A **DG INVESTIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S.A.** e o **LUIZ ALVES FILHO** outorgam-se mutuamente a mais ampla, geral, completa, irrevogável e irretroatável quitação com relação à transferência de quota, ora deliberada, nada mais tendo a receber ou a reclamar um do outro, a qualquer título, judicial ou extrajudicialmente, no presente ou no futuro.

Página 1 de 8



Junta Comercial, Industrial e Serviços do Distrito Federal

Certifico registro sob o nº 1795645 em 26/01/2022 da Empresa ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA, CNPJ 11165556000154 e protocolo DFN2230313253 - 20/01/2022. Autenticação: ED94218A7EFE46EC73DAC9CC4B39717376A80CB. Maxmiliam Patriota Carneiro - Secretário-Geral. Para validar este documento, acesse <http://jucis.df.gov.br> e informe nº do protocolo 22/007.999-4 e o código de segurança Pqb1 Esta cópia foi autenticada digitalmente e assinada em 26/01/2022 por Maxmiliam Patriota Carneiro – Secretário-Geral.

Documentação de Habilitação Documentos de Habilitação Allcare (21566117)

SEI 08007.005092/2022-80 / pg. 27

MAXMILIAM PATRIOTA CARNEIRO
SECRETÁRIO GERAL

pág. 3/21

- 1.3. Em razão da cessão e transferência deliberada acima, a sócia decide alterar a Cláusula Quinta do Contrato Social da Sociedade, que passa a vigorar com a seguinte nova redação:

“CLÁUSULA QUINTA: O Capital Social da Sociedade, totalmente subscrito e integralizado em moeda corrente nacional, é de R\$ 1.959.334,00 (um milhão, noventa e cinquenta e nove mil, trezentos e trinta e quatro reais), representados por 1.959.334 (um milhão, novecentas e cinquenta e nove mil, trezentos e trinta e quatro) quotas no valor unitário de R\$1,00 (um real) cada uma, detidas em sua totalidade pela sócia DG INVESTIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S.A.

Parágrafo Primeiro: Cada quota confere a seu titular o direito a um voto nas deliberações sociais.

Parágrafo Segundo: A responsabilidade da sócia é limitada ao valor de suas quotas, mas responde pela integralização do capital, nos termos do Artigo 1.052 do Código Civil

- 1.4. A partir desta data a Sociedade passará a ser uma Sociedade Limitada Unipessoal, considerando a disposição constante dos Parágrafos 1º e 2º do Artigo 1.052 do Código Civil, incluídos pela Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019 e em obediência ao previsto na Instrução Normativa DREI nº 63, de 11 de junho de 2019.

2. CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL

- 2.1. A fim de revisar as regras que regem a governança da Sociedade, bem como ajustar o Contrato Social para que sejam adaptadas às novas necessidades da Sociedade, especialmente considerando a alteração do tipo societário, a sócia representando a totalidade do capital, neste ato, decide alterar, reenumerar, reformular e consolidar o Contrato Social, que passa a vigorar, a partir desta data, com a seguinte nova redação:

**“CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DA
ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**

CNPJ/ME nº 11.165.556/0001-54

NIRE 53.2.0158213-2

I – DA DENOMINAÇÃO, SEDE, DURAÇÃO E OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA: A Sociedade gira sob o nome empresarial de AllCare Administradora de Benefícios em Saúde Ltda., adota o nome fantasia de “AllCare Administradora de Benefícios em Saúde” e tem sua sede social no Setor Comercial Sul, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Asa Sul, Brasília-DF, CEP: 70303-907, sendo regida por este Contrato Social, pelas disposições aplicáveis às sociedades limitadas e, subsidiariamente, pela Lei nº 6.404/76 (Lei das Sociedades por Ações).



CLÁUSULA SEGUNDA: O prazo de duração da sociedade é indeterminado.

CLÁUSULA TERCEIRA: A Sociedade tem a sua filial nº01 na Cidade e Estado de São Paulo, na Alameda Santos, nº 1.357, 2º e 7º andares, Jardim Paulista, CEP: 01419-908, inscrita no CNPJ/ME 11.165.556/0002-35 e registrada na JUCESP sob o NIRE 35.904.687-723 podendo, por deliberação da sua sócia, abrir e encerrar filiais e escritórios em qualquer localidade do território nacional.

CLÁUSULA QUARTA: A Sociedade tem por objeto social a administração de benefícios, nos termos da Resolução Normativa nº 196/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, publicada no Diário da União em 15 de julho de 2009 (DOU nº 133, Seção 1) através das seguintes atividades:

- I- Propor a contratação de planos coletivos na condição estipulante;
- II- Prestar serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistências à saúde coletivas, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:
 - a) Promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº - 195, de 14 de julho de 2009;
 - b) Contratar planos privados de assistência à saúde coletiva nas condições de estipulante, a ser disponibilizado para pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
 - c) Oferecimento de plano para associados das pessoas jurídicas contratantes; e
 - d) Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:
 - d.1) negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação e alteração de rede assistencial;
 - d.2) aplicação de mecanismo de regulação pela operadora de plano de saúde; e
 - d.3) alteração de rede assistencial.
- III- Apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- IV- Terceirização de serviços administrativos;
- V- Movimentação contratual;
- VI- Conferência de faturas;
- VII- Cobrança ao beneficiário por delegação; e
- VIII- Consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

II – DO CAPITAL SOCIAL

CLÁUSULA QUINTA: O Capital Social da Sociedade, totalmente subscrito e integralizado em moeda corrente nacional, é de R\$ 1.959.334,00 (um milhão, noventa e cinquenta e nove mil, trezentos e trinta e quatro reais), representados por 1.959.334 (um milhão, novecentas e cinquenta e nove mil, trezentos e trinta e quatro) quotas no valor unitário de R\$1,00 (um real) cada uma, detidas em sua totalidade pela sócia **DG INVESTIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S.A..**

Parágrafo Primeiro: Cada quota confere a seu titular o direito a um voto nas deliberações sociais.

Parágrafo Segundo: A responsabilidade da sócia é limitada ao valor de suas quotas, mas responde pela integralização do capital, nos termos do Artigo 1.052 do Código Civil



III – DA ADMINISTRAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

CLÁUSULA SEXTA: A Sociedade será composta por 3 (três) ou mais administradores, que poderão ser ou não sócios quotistas da Sociedade, sendo qualificados como Diretor Presidente, Diretor Vice-Presidente Comercial, Diretor Financeiro e os demais como Diretor sem designação específica, os quais serão eleitos por um prazo indeterminado e destituídos a qualquer momento por deliberação da sua sócia.

Parágrafo Primeiro: A sócia nomeia, neste ato, as pessoas abaixo qualificadas para ocuparem os cargos de Administradores, ficando dispensados de prestar caução em garantia de gestão:

a) Sr. **Farias Pereira de Sousa**, brasileiro, casado, empresário, portador da carteira de identidade nº 1.428.385- expedida pelo SSP/DF, inscrito no CPF/ME sob o nº 634.673.801-15, com escritório na Alameda Santos, nº 1.357, 7º andar, Jardim Paulista, São Paulo/SP, CEP: 01419-908, que ocupa o cargo de Diretor Presidente da Sociedade, cumulando as atribuições de Diretor Vice-Presidente Comercial; e

b) Sr. **Ivan Nassif Souza**, brasileiro, casado, administrador, portador da carteira de identidade nº 35.325.515-4, expedida pelo SSP/SP, inscrito no CPF/ME sob o nº 354.925.05840, residente e domiciliado na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, com escritório na Alameda Santos, nº 1.357, 7º andar, Jardim Paulista, São Paulo/SP, CEP: 01419-908, que ocupa o cargo de Diretor Financeiro.

Parágrafo Segundo: A Administração da sociedade caberá a 2 (dois) Diretores, agindo em conjunto em relação a todas e quaisquer matérias de interesse da sociedade, devendo representar a Sociedade respeitando os limites estabelecidos em lei e neste Contrato Social.

Parágrafo Terceiro: O Diretor Presidente será responsável pela gestão e administração da sociedade.

Parágrafo Quarto: O Diretor Vice-Presidente Comercial será responsável (i) pela comercialização de planos coletivos empresariais para entidades e para empresas da administração pública federal, estadual e municipal, direta e indireta, assim como para empresas privadas através de administradores de benefícios e coletivos por adesão na modalidade ressarcimento, bem como (ii) pela gestão comercial da empresa.

Parágrafo Quinto: O Diretor Financeiro será responsável (i) pelos departamentos que lhe estejam afetos, bem como (ii) definir as diretrizes quanto à movimentação financeira, aprovar pagamentos e despesas, além de orientar e controlar as aplicações financeiras da empresa, (iii) pela elaboração e controle orçamentário, (iv) pela elaboração do plano de negócio da Sociedade; e (v) por assinar, conjuntamente com o Diretor Presidente ou outro Diretor ou Procurador, contratos relativos à sua área de atuação, em especial, mas não se limitando a cheques e documentos de operações bancárias, assim como outros contratos ou documentos constitutivos de obrigações.

Parágrafo Sexto: É vedado aos Administradores da Sociedade, sem autorização prévia da sócia, alienar ou onerar bens do ativo permanente da Sociedade, inclusive adquirir ou alienar participações em outras sociedades, tomar empréstimo e dar caução, garantia ou aval em negócios da Sociedade.



Parágrafo Sétimo: Para as transações estranhas ao objeto da sociedade que envolvam valores superiores a R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) relacionados, entre outras, às operações bancárias e/ou financeiras, e à locação, bem como para a compra ou venda de bens imóveis, deverá a administração da Sociedade dar prévia ciência a sócia.

Parágrafo Oitavo: Além das atribuições estabelecidas em lei, e observado o disposto neste Contrato Social, compete, ainda, aos Administradores representar a Sociedade perante terceiros, em juízo e fora dele, ativa ou passivamente, perante repartições públicas federais, estaduais e municipais; abrir, manter, fechar contas bancárias, receber, emitir, endossar, visar, descontar ou avalizar cheques, letras de câmbio, faturas, duplicatas ou outros títulos de crédito ou instrumentos comerciais, reclamar, receber, negociar e estabelecer a forma de pagamento de todos os débitos para com a Sociedade, bem como dar e receber quitação.

Parágrafo Nono: Será exigida a aprovação prévia da sócia para a celebração de contratos de empréstimos e/ou financiamentos, de qualquer valor.

Parágrafo Décimo: Os administradores farão jus ao recebimento de remuneração que for fixada pela sócia, a título de pró-labore.

Parágrafo Décimo Primeiro: Ao término de cada exercício social em 31 de dezembro, os administradores prestarão contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo a sócia os lucros ou perdas apuradas.

Parágrafo Décimo Segundo: Os procuradores da Sociedade serão nomeados por instrumento próprio, assinado por 2 (dois) Diretores, em conjunto, sendo um deles necessariamente o Diretor Presidente, no qual serão especificados os poderes conferidos e o prazo, sempre determinado, salvo quando outorgados a profissionais habilitados para o foro em geral, com poderes da cláusula “ad judicium”, ou para a defesa dos interesses da Sociedade em processos administrativos.

Parágrafo Décimo Terceiro: A Sociedade somente será considerada validamente obrigada mediante as assinaturas: (a) de quaisquer 2 (dois) Diretores, agindo em conjunto; ou (b) de qualquer Diretor, em conjunto com 1 (um) Procurador, agindo em conformidade com os limites estabelecidos na respectiva procuração; ou (c) de qualquer Diretor ou Procurador, em conjunto com o Diretor Financeiro nos casos de contratos relativos à área financeira, em especial, mas não se limitando a cheques e documentos de operações bancárias; ou (d) 1 (um) Procurador, quando se tratar de mandato ad judicium e ad judicium et extra para representação da Sociedade em processos judiciais ou administrativos e agindo em conformidade com os limites estabelecidos na respectiva procuração; ou (e) 1 (um) Procurador, com poderes especiais e específicos para representação da Sociedade, expressos na procuração, agindo em conformidade com os limites estabelecidos no instrumento de mandato, exceto para operações Bancárias.



IV – DAS DELIBERAÇÕES SOCIAIS

CLÁUSULA SÉTIMA: Deverá a sócia, ao menos uma vez por ano, nos quatro primeiros meses seguintes ao término do exercício social, deliberar sobre: (i) as contas dos administradores e o balanço patrimonial e o resultado econômico; (ii) designar administradores, quando for o caso; e (iii) tratar de qualquer outro assunto constante da ordem do dia, observadas as formalidades previstas nos Parágrafos do Artigo 1078 da Lei nº 10.406/02.

V – DA CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE QUOTAS

CLÁUSULA OITAVA: As quotas da Sociedade poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros, total ou parcialmente, devendo, ainda, serem observadas outras deliberações que vierem a ser tomadas por escrito pela sócia a respeito da transferência de quotas da Sociedade.

VI – DO FALECIMENTO, AUSÊNCIA, INTERDIÇÃO OU INABILITAÇÃO DE SÓCIO

CLÁUSULA NONA: O falecimento, ausência judicialmente declarada, interdição ou inabilitação da sócia, não dissolverá a sociedade, que continuará suas atividades com os herdeiros e sucessores. Não sendo possível ou inexistindo interesse dos herdeiros e sucessores em suceder o sócio falecido, ausente, interdito ou inabilitado, serão observadas as seguintes regras:

- I. Para apuração dos haveres será levantado um inventário, seguido de balanço patrimonial e Demonstrações de resultado da sociedade, os quais serão elaborados considerando os valores de mercado reais dos bens, direitos e obrigações constantes do patrimônio da sociedade, até a data do evento.
- II. O pagamento dos haveres apurados, na forma do inciso I, far-se-á na forma acordada pelas partes e, não havendo acordos, será feito em, no mínimo, 6 (seis) parcelas iguais e consecutivas, atualizadas monetariamente, vencendo-se a primeira parcela em 60 (sessenta) dias da data da apuração dos valores. O não pagamento das parcelas nas datas devidas dará aos herdeiros ou sucessores do sócio falecido, ausente, interdito ou inabilitado, o direito de considerar, desde logo, vencida e exigível a totalidade da dívida.

VII – DOS NEGÓCIOS ESTRANHOS AO OBJETO SOCIAL

CLÁUSULA DÉCIMA: Serão expressamente vedados, sendo nulos e inoperantes em relação à Sociedade, os atos da sócia ou procuradores, que a envolverem em obrigações relativas a negócios ou operações estranhas ao objeto social, respondendo o infrator desta cláusula por perdas e danos.



VIII – DA DISSOLUÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: A Sociedade dissolver-se-á por deliberação da sócia que representa a totalidade do capital social

IX – DO EXERCÍCIO SOCIAL, BALANÇO GERAL E DESTINAÇÃO DOS LUCROS

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: O exercício social iniciar-se-á em 1º de janeiro e encerrar-se-á em 31 de dezembro de cada ano, data em que serão levantadas as demonstrações financeiras correspondentes, de acordo com as determinações legais.

Parágrafo Primeiro: Do lucro apurado em cada exercício serão deduzidos, antes de qualquer outra destinação, a provisão para o imposto sobre a renda e os prejuízos acumulados.

Parágrafo Segundo: O lucro líquido que se verificar, por deliberação da sócia, poderá ser:

- a) Distribuído a sócia; ou
- b) Retidos, total ou parcialmente, em conta de lucros em suspenso ou de reservas, ou capitalizados.

Parágrafo Terceiro: O prejuízo do exercício será, obrigatoriamente, absorvido pelos Lucros Acumulados e pelas Reservas de Lucros, nesta ordem. Eventuais prejuízos remanescentes terão o tratamento pela sócia.

Parágrafo Quarto: A Sociedade poderá levantar, semestralmente ou em períodos menores, balancetes para verificação de resultados e, com base nestes, distribuir lucros ou benefícios.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: Os casos omissos no presente contrato serão resolvidos pela sócia, com observância da Lei nº 10.406/2002.

X – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: Este contrato será regido e interpretado de acordo com as leis da República Federativa do Brasil.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: Para dirimir quaisquer questões decorrentes no presente contrato, fica eleito o foro da Comarca de Brasília, Distrito Federal, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



E, por estarem assim justos e contratados, assinam a presente alteração contratual em 01 (uma) via de igual forma e teor.

Brasília/DF, 07 de janeiro de 2022.

Sócia Remanescente:

LUIZ ALVES
FILHO:1040764274
9

Assinado de forma digital por
LUIZ ALVES FILHO:10407642749
Dados: 2022.01.11 16:51:14
-03'00'

MARCIO ALEXANDRE
SALVADOR DA
SILVA:96580682787

Assinado de forma digital por
MARCIO ALEXANDRE SALVADOR
DA SILVA:96580682787
Dados: 2022.01.11 16:50:44 -03'00'

DG INVESTIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S.A

Luiz Alves Filho

Marcio Alexandre Salvador Silva

Sócio Retirante:

LUIZ ALVES
FILHO:10407642749

Assinado de forma digital por
LUIZ ALVES FILHO:10407642749
Dados: 2022.01.11 16:51:39
-03'00'

LUIZ ALVES FILHO

Testemunhas:

1. **CARINA PEREIRA
MAGANIN MOURA**

Assinado de forma digital por
CARINA PEREIRA MAGANIN
MOURA
Dados: 2022.01.12 10:46:36 -03'00'

2. **RENAN COELHO DE
SOUZA:08943890419**

Assinado de forma digital por
RENAN COELHO DE
SOUZA:08943890419
Dados: 2022.01.12 11:12:26 -03'00'

Nome:

Nome:

RG:

RG:

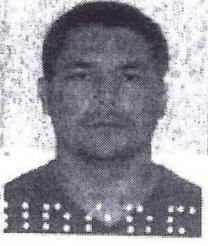
CPF/ME:

CPF/ME:



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL
 POLICIA CIVIL
 INSTITUTO DE IDENTIFICACAO



Pólice Civil

ACQUAVIVA DO HELLAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1-428-385

FARIAS PEREIRA DE SOUSA

TEL: 031
 DOMINGOS PEREIRA DE SOUSA
 ANTONIA ALVES PEREIRA DE SOUSA
 NAT: 08/02/1974

DI: 0318857
 CCAS, Nº 119/3, ROLHA 215, LIVRO B-40, 1º OF. (02/06/2002)
 NÚCLEO BARBEANTE DE

634.673.901-15
 3967763

SEDE

Carla Cristina de Souza
 ADMINISTRADORA

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **IVAN NASSIF SOUZA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF: **35325515 SSP/SP**

CPF: **354.925.058-40** DATA NASCIMENTO: **08/11/1986**

FILIAÇÃO: **JOSE CARLOS DE SOUZA**
LEDA NASSIF SOUZA

PERMISSÃO: [REDACTED] ACC: [REDACTED] CAT. HAB: **B**

Nº REGISTRO: **03488278102** VALIDADE: **11/10/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **26/01/2005**

OBSERVAÇÕES:

Ivan Nassif Souza

LOCAL: **RIBEIRAO PRETO, SP** DATA EMISSÃO: **14/10/2019**

Paulo Roberto Falcao Ribeiro Diretor Presidente Detran-SP
 ASSINATURA DO EMISSOR: **40115185148**
SP994485557

SÃO PAULO

DETRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1946027683

PROIBIDO PLASTIFICAR 1946027683



- **Procuração e Documentos dos Representantes**

Item 6.1.1.2



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., com sede social no Setor Comercial Sul, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70303-907, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 11.165.556/0001-54, neste ato representada por seu Diretor Presidente e Diretor Vice-Presidente Comercial, Sr. **FARIAS PEREIRA DE SOUSA**, brasileiro, casado, empresário, portador da cédula de identidade nº 1.428.385 SSP/DF, inscrito no CPF/MF sob o nº 634.673.801-15, com escritório no Setor Comercial Sul, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.303-907, e por seu Diretor Financeiro, Sr. **IVAN NASSIF SOUZA**, brasileiro, casado, administrador, portador da Cédula de Identidade RG nº 35.325.515-40, expedida pelo SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 354.925.058-40, ambos com escritório na Alameda Santos, nº 1.357, 7º andar, Jardim Paulista, São Paulo, Cep.: 01419-908, SP.

OUTORGADOS: **CHARLES LINDBERG DANTAS**, inscrito no CPF/MF sob o nº 859.627.671-87 e portador do RG nº 1.714.327 SSP/DF e **RENATA ADRIANA COSTA DANESI**, inscrita no CPF/MF sob o nº. 288.124.988-41 e portadora do RG nº. 3.034.744 SSP/DF, ambos com endereço comercial no Setor Comercial Sul, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Asa Sul, Brasília, DF, CEP: 70.303-907, e **MAURICIO FERNANDES DOS SANTOS**, brasileiro, casado, administrador hospitalar, gerente comercial, portador da cédula de identidade RG nº 22.396.959-X, expedida pela SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 153.347.778-45, com endereço comercial na Alameda Santos, nº 1.357, 7º andar, Cerqueira Cesar, São Paulo, Cep.: 01419-908, SP.

PODERES: São concedidos específicos e especiais poderes aos OUTORGADOS para, em conjunto ou isoladamente, representar a OUTORGANTE nas fases de abertura, habilitação, julgamento, adjudicação e homologação de qualquer modalidade ou tipo de licitação e credenciamento, incluindo concorrência, carta convite, concurso, pregão presencial, pregão eletrônico, leilão ou qualquer outra modalidade, em todo território nacional perante qualquer pessoa jurídica de direito público ou privado, podendo, unicamente para estes fins, apresentar, juntar ou retirar documentos, participar de sessões públicas de abertura de documentação de habilitação e propostas, apresentar propostas de preços, prestar declarações e esclarecimentos, extrair cópias, receber avisos e intimações, assinar lista de presença e atas, registrar ocorrências, interpor recurso, renunciar ao direito de recurso, manifestar-se sobre quaisquer forma de questionamento ou impugnação, assinar requerimentos, enfim, praticar todos os atos para o melhor desempenho do presente mandato, sendo proibido firmar qualquer compromisso, termo ou contrato na fase de contratualização, ato exclusivo dos diretores da OUTORGANTE, **sendo vedado expressamente o substabelecimento.**

Os Outorgados poderão praticar todos e quaisquer atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, sempre no melhor interesse da Outorgante e em conformidade: (i) com a legislação aplicável, (ii) com o Estatuto/Contrato Social da Outorgante, e (iii) com as políticas e normas internas da Outorgante, com as quais os Outorgados declaram conhecer e concordar, ficando exclusivamente responsáveis pelos atos praticados no âmbito do presente mandato, bem como por eventuais perdas e danos causados à Outorgante pelo uso indevido dos poderes ora outorgados.

VIGÊNCIA: até 30 de junho de 2023.

Brasília/DF, 16 de dezembro de 2022.

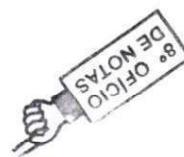
ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.



Diretor: Farias Pereira de Sousa



Diretor: Ivan Nassif Souza



8 OFÍCIO DE NOTAS
RUA DA ASSEMBLEIA N. 10 - SALA 1016 - CENTRO - TEL: (21) 2463-2956
RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011901
WWW.8OFICIO.COM.BR

Reconheço a(s) firma(s) de por SEMELHANÇA
FARIAS PEREIRA DE SOUSA: IVAN NASSIF SOUZA.....
Rio de Janeiro, 26/12/2022. Em test. da verdade/ Conf. Por
Leandro Pereira Moreira - escrevente
Emolumentos: R\$ 13,38 T. Fundos: R\$ 5,46 Total: R\$ 18,84
Selo: EEJQ27822-RGH, EEJQ27823-RJU
consulte em <https://www3.tirijus.br/sitepublico>

089391AD846270



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDO

NOME
RENATA ADRIANA COSTA DANESI

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
 3034744 SSP DF

CPF
 288.124.988-41

DATA NASCIMENTO
 17/05/1979

FILIAÇÃO
RENATO DANESI NETO

VALERIA BERNADETE DANESI

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 B

Nº REGISTRO **01958129045** VALIDADE **30/12/2024** 1ª HABILITAÇÃO **11/08/1997**

OBSERVAÇÕES

VALIDO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **BRASILIA-DISTRITO FEDERAL, DF** DATA EMISSÃO **13/01/2020**

ASSINATURA DO EMISSOR

ALBERTO DE OLIVEIRA NETO
 Diretor-Chefe
 Detran - DF

39938641356
 DF761514759

DISTRITO FEDERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1935497062

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1935497062

DF AC AL AP AN BA CE ES GO MA MS MG PR PB PA PE PI RJ RN RR SC SE SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DF

NOME
CHARLES LINDBERG DANTAS

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
1714327 SSP DF

CPF
859.627.671-87

DATA NASCIMENTO
21/08/1978

FILIAÇÃO
IARA DARC DANTAS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
00222999074

VALIDADE
11/08/2025

1ª HABILITAÇÃO
21/10/1997

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BRASILIA, DF

DATA EMISSÃO
27/08/2020

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

06435575103
DF763220752

DISTRITO FEDERAL

DENATRAN **CONTRAN**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2098318054

2098318054

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço: < <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >.

SERPRO / DENATRAN



- Cartão CNPJ

Item 6.1.2.1



 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 11.165.556/0001-54 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 03/09/2009	
NOME EMPRESARIAL ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE		PORTE DEMAIS	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.50-2-00 - Planos de saúde			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 66.22-3-00 - Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde 86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde 66.29-1-00 - Atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO ST SCS QUADRA 3 BLOCO A LOTE 107/111	NÚMERO S/N	COMPLEMENTO *****	
CEP 70.303-907	BAIRRO/DISTRITO ASA SUL	MUNICÍPIO BRASILIA	UF DF
ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE (21) 2203-8669		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/09/2009		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****		

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **16/12/2022** às **14:57:45** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**



- Certidão Negativa de Débitos Federais e INSS

Item 6.1.2.2





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA
CNPJ: 11.165.556/0001-54

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer débitos de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 14:25:46 do dia 24/08/2022 <hora e data de Brasília>.
Válida até 20/02/2023.

Código de controle da certidão: **3046.D755.EDA6.3907**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



- Certidão de Regularidade do FGTS

Item 6.1.2.3



[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 11.165.556/0001-54
Razão Social: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA
Endereço: ST SCS QUADRA 03 BLOCO A LOTE 107/111 S/N / SET COML SUL /
BRASILIA / DF / 70303-907

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 12/12/2022 a 10/01/2023

Certificação Número: 2022121201083686423921

Informação obtida em 29/12/2022 10:41:16

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas

Item 6.1.2.4





PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 11.165.556/0001-54
Certidão nº: 41626449/2022
Expedição: 25/11/2022, às 09:56:24
Validade: 24/05/2023 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **11.165.556/0001-54**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



- Inscrição Distrital

Item 6.1.2.5



CADASTRO FISCAL DO DISTRITO FEDERAL

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO NO CADASTRO FISCAL DO DISTRITO FEDERAL - DIF

Imprimir

CF/DF 07.527.655/001-56

CPF/CNPJ 11.165.556/0001-54

DataConcessão 25/09/2009

Denominação social ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA

Título do Estabelecimento - Nome Fantasia ALLCARE ADMINSTRADORA DE BENEFI

Natureza Jurídica/Tipo de Contribuinte SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA

Qualificação do Contribuinte ISS EMPRESA

FAC - Número do Protocolo

969-52342/03

Regime de Tributação do ISS REGIME NORMAL DE APURACAO

Faixa do ISS XX

Data de enquadramento no ISS

14/08/2009

Regime de Tributação do ICMS

Faixa do ICMS XX

Data de enquadramento no ICMS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

Descrição Atividade Econômica do ISS PLANOS DE SAUDE

Código da Atividade - ISS K6550-2/00-00

Data de Início de Atividade - ISS 22/11/2010

Descrição da Atividade Econômica do ICMS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Código da Atividade - ICMS XXXXXXXXXX

Data de Início de Atividade - ICMS XXXXXXXXXX

Endereço SCS QUADRA 3 BLOCO A LOTE 107/111 S/N

CEP 70.303-907

Bairro ASA SUL

Cidade BRASILIA

UF DF

Situação Cadastral ATIVA

Data 07/10/2022

Atividade secundária - ISS

CNAE-Fiscal:

K662230000

Descrição da atividade:

CORRETORES E AGENTES DE SEGUROS, DE PLANOS DE PREVIDENCIA COMPLEMENTAR E DE SAUDE

Data de início:

30/04/2021

CNAE-Fiscal:

M702040000

Descrição da atividade:

ATIVIDADES DE CONSULTORIA EM GESTAO EMPRESARIAL, EXCETO CONSULTORIA TECNICA ESPECIFICA

Data de início:

30/04/2021

CNAE-Fiscal:

M749019900

Descrição da atividade:

OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS, CIENTIFICAS E TECNICAS NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Data de início:

30/04/2021

CNAE-Fiscal:

N782050000

Descrição da atividade:

LOCACAO DE MAO-DE-OBRA TEMPORARIA

Data de início:

30/04/2021

CNAE-Fiscal:

N829110000

Descrição da atividade:

ATIVIDADES DE COBRANCAS E INFORMACOES CADASTRAIS

Data de início:

30/04/2021

CNAE-Fiscal:

Q866070000

Descrição da atividade:

ATIVIDADES DE APOIO A GESTAO DE SAUDE

Data de início:

30/04/2021

Este documento foi emitido no dia 07/10/2022 na Internet pelo portal Agenci@Net



- Certidão Negativa de Débitos GDF

Item 6.1.2.6





CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS COM EFEITO DE NEGATIVA

CERTIDÃO Nº: 404133738002022
NOME: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA
ENDEREÇO: SCS QUADRA 3 BLOCO A LOTE 107/111 S/N
CIDADE: ASA SUL
CNPJ: 11.165.556/0001-54
CF/DF: 0752765500156 - ATIVA
FINALIDADE: LICITACAO

_____ CERTIFICAMOS QUE _____

PARCELAMENTO ADMINISTRATIVO COM PARCELAS VINCENDAS.

Pelos débitos acima responde solidariamente o adquirente, com base no art. 130 da Lei 5.172/66 – CTN.
Certidão Positiva com Efeito de Negativa, com base no art. 151 combinado com o art. 206 da Lei 5.172/66 – CTN.
Fica ressalvado o direito de a Fazenda Pública do Distrito Federal cobrar, a qualquer tempo, débitos que venham a ser apurados.
Esta certidão abrange consulta a todos os débitos, inclusive os relativos à Dívida Ativa.

**Certidão expedida conforme Decreto Distrital nº 23.873 de 04/07/2003, gratuitamente.
Válida até 29 de março de 2023. ***

* Obs: As certidões expedidas durante o período declarado de situação de emergência no âmbito da saúde pública, em razão do risco de pandemia do novo coronavírus, de que trata o Decreto nº 40.475, de 28/02/2020, terão sua validade limitada ao prazo em que perdurar tal situação.



- Comprovante de Registro
na ANS da Administradora

Item 6.1.3.1.1



CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Certificamos que a Administradora de Benefícios com razão social ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., CNPJ nº 11.165.556/0001-54 , situada à SCS QD. 03 BLOCO A LOTE 107/111, ASA SUL Brasília - DF CEP 70.303-907, registro ANS nº 417459 , indicando como seu responsável pela área técnica de saúde NILDO HUMBERTO DE FREITAS QUEIROZ de CPF nº ***.231.911-** CRM nº 3172, possui autorização de funcionamento concedida em 16/08/2010.

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 438303

Certidão emitida em 16/12/2022 15:38:32(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço <https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml>.



- Atestados de Capacidade Técnica

Item 6.1.3.1.2



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

EMPRESA : **111137 - ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA**

ENDEREÇO : **SCS QD. 03, BL. A, N.º 107/111 – ASA SUL – BRASÍLIA-DF**

C.N.P.J. Nº : **11.165.556/0001-54**

Declaramos, para os devidos fins, que a empresa em epígrafe, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41745-9, presta serviços de Administração e Estipulação de Planos de Assistência à Saúde aos empregados da **ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 37.113.180/0001-28, conforme termo de acordo firmado em 01 de dezembro de 2017, e disponibiliza aos empregados e seu grupo familiar, no total de **5.284 (cinco mil duzentos e oitenta e quatro)** beneficiários, os seguintes planos de saúde, na modalidade coletivo empresarial, das operadoras listadas a seguir:

- ✓ Operadora: Amil Assistência Médica Internacional S/A
Registro ANS nº 32.630-5
- ✓ Operadora: Promed Assistência Médica
Registro ANS nº 34880-5
- ✓ Operadora: Assim Saúde
Registro ANS nº 30922-2
- ✓ Operadora: Unimed Fortaleza
Registro ANS nº 31714-4

Declaramos ainda que os serviços fornecidos estão sendo executados satisfatoriamente e que nada consta em nossos arquivos em, seu desabono, até a presente data.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2019.

Associação das Pioneiras Sociais
Robson Sousa
Área de Recursos Materiais
Matr. 14208

Associação das Pioneiras Sociais
CNPJ: 37.113.180/0001-28



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL
AGÊNCIA BRASILEIRA DE INTELIGÊNCIA

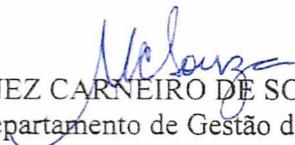
ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que a empresa **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.** sediada no SCS Quadra 03, Bloco A, n.º 107/111, Asa Sul, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 11.165.556/0001-54, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n.º 41745-9, presta serviços de Administração de Planos de Assistência à Saúde aos servidores desta Agência por meio do Termo de Compromisso n.º 1/2011 – ABIN, firmado em 01/09/2011, cujo objeto consiste na divulgação e disponibilização aos servidores ativos, inativos, seus dependentes e pensionistas desta agência, planos de saúde e odontológicos das operadoras listadas a seguir:

- ✓ Operadora: Unimed Seguros Saúde S/A.
Registro ANS n.º 00070-1
Número de vidas atendidas: 878 vidas.
- ✓ Operadora: Amil Assistência Médica Internacional S/A.
Registro ANS n.º 32630-5
Número de vidas atendidas: 432 vidas
- ✓ Operadora: Unimed Odonto S/A
Registro ANS n.º 41680-1
Número de vidas atendidas: 322 vidas
- ✓ Operadora: Prodent Assitência Odontológica.
Registro ANS n.º 38004-1
Número de vidas atendidas: 42 vidas

Atesto, ainda, que os serviços de administração e oferta de planos de saúde que estão sendo prestados pela **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE** atendeu satisfatoriamente e cumpriu todas as obrigações estabelecidas no Termo de Compromisso firmado com a ABIN.

Brasília/DF, 21 de novembro de 2018.


MARIA INEZ CARNEIRO DE SOUZA
Diretora do Departamento de Gestão de Pessoal

SPO - Área 05 - Quadra 01 - Bloco B - Brasília/DF - CEP 70610-905
Tel. (0xx61) 3445.8309 - End. Eletrônico: dgp@abin.gov.br



DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaro, a pedido da parte interessada, que a empresa ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA, CNPJ 11.165.556/0001-54, estabelecida no Setor Comercial Sul, Quadra 03, Bloco A lote 107/111 – Edifício Antonia Alves P de Souza, Brasília-DF, presta à CÂMARA DOS DEPUTADOS, CNPJ 00.530.352/0001-59, os serviços abaixo relacionados, nada havendo, até a presente data, que possa desaboná-la.

ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

Disponibilização de Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos Empresariais aos Secretários Parlamentares e ocupantes de cargo de Natureza Especial da Câmara dos Deputados, mediante Termo de Acordo n. 2017/081-0 e aditivos com vigência de 20/04/2017 a 19/04/2022, conforme processo 124.273/2016.

Brasília, 24 de outubro de 2019


Simone Sarkis Teixeira Bergo
Diretora



11995556



08084.004001/2020-12



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria Nacional de Segurança Pública
Diretoria da Força Nacional de Segurança Pública
Seção de Saúde Operacional da DFNSP

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

EMPRESA: **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**
ENDEREÇO: **SCS QD 03 BLOCO A N.º 107/111 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF**
CNPJ/MF N.º: **11.165.556/0001-54**

Atestamos, para os devidos fins, que a empresa em epígrafe, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o n.º 41745-9, presta serviços de Administração e Estipulação de Planos de Assistência à Saúde, aos profissionais mobilizados lotados na Diretoria da Força Nacional de Segurança Pública – DFNSP, da **SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA – SENASP**, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º **00.394.494/0005-60**, conforme Contrato n.º 28/2018 (SEI/MJ 7648289), firmado em **20/12/2018** e vigente até a presente data, no total de **1.506 (mil, quinhentos e seis)** beneficiários, o plano de saúde, na modalidade coletivo empresarial, da operadora listada a seguir:

CNU - CENTRAL NACIONAL UNIMED

Atestamos ainda que os serviços fornecidos estão sendo executados satisfatoriamente e que nesse período não existe nada em nosso histórico que desabone comercial ou tecnicamente a empresa e seus profissionais. Atendendo aos padrões de qualidade exigidos e cumprindo toda legislação específica.

Por oportuno, estamos a disposição para esclarecimentos adicionais por meio do telefone (61) 2025-9063 ou dos endereços eletrônicos: ariane.silva@mj.gov.br e wemerson.silva@mj.gov.br.

Brasília, 25 de junho de 2020.

Atenciosamente,

Ariane Medeiros da Silva - Sub Ten PMRR
Mobilizada-DFNSP
Fiscal Substituta do Contrato n.º 28/2018

Ciente e de acordo,

Wemerson Pereira Silva
Coordenador de Logística da DFNSP
Gestor do Contrato n.º 28/2018



Documento assinado eletronicamente por **ARIANE MEDEIROS DA SILVA, Servidor(a) Mobilizado(a) da Força Nacional de Segurança Pública**, em 25/06/2020, às 17:11, conforme o § 1º do art. 6º e art. 10 do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **WEMERSON PEREIRA SILVA, Coordenador(a) de Logística, Convênios e Contratos**, em 25/06/2020, às 17:54, conforme o § 1º do art. 6º e art. 10 do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **11995556** e o código CRC **93962B29**

O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/aceso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.



- Declaração de Aproveitamento de Carências

Item 6.1.3.1.3



Associação
das Pioneiras
Sociais



Rede SARAH
de Hospitais
de Reabilitação

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a empresa ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., com nome fantasia ALLCARE BENEFÍCIOS, inscrita no CNPJ sob o nº 11.165.556/0001-54, presta serviços de administração e disponibilização de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais aos empregados da Associação das Pioneiras Sociais-Rede SARAH de Hospitais, conforme contrato Termo de Acordo Nº 037/2017, firmado em 01 de dezembro de 2017, e pratica o aproveitamento de carências entre os planos comercializados, de acordo com as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar e legislação em vigor, respeitados os limites de cobertura anteriormente usufruídos, sendo obrigatório o cumprimento de carência pelo beneficiário em caso de procedimentos não cobertos pelo plano de origem.

Brasília-DF, 19 de novembro de 2018.

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS
Mario Antonio de Souza Martins
Área de Recursos Materiais
Matrícula 102848

Associação das Pioneiras Sociais
Ângelo Garcez da Luz
Área de Recursos Materiais
Matr. 100884

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS
CNPJ 37.113.180/0001-28



Agência Brasileira de Inteligência
Secretaria de Planejamento e Gestão
Departamento de Gestão de Pessoal
Coordenação-Geral de Gerenciamento e Desenvolvimento de Pessoal
Coordenação de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos fins que a empresa ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., com nome fantasia ALLCARE BENEFÍCIOS, inscrita no CNPJ sob o nº 11.165.556/0001-54, presta serviços de administração de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais aos servidores da ABIN – Agência Brasileira de Inteligência, conforme contrato Termo de Compromisso nº 001/2013, firmado em 01 de novembro de 2013, e pratica o aproveitamento de carências entre os planos comercializados, de acordo com as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e legislações em vigor, respeitados os limites de cobertura anteriormente usufruídos, sendo obrigatório o cumprimento de carência pelo beneficiário em caso de procedimentos não cobertos pelo plano de origem.

Brasília, 16 de julho de 2020.

VALDIR MIGUEL LANGBECK SOARES
Diretor do Departamento de Gestão de Pessoal



Documento assinado eletronicamente por **VALDIR MIGUEL LANGBECK SOARES, Diretor(a) do Departamento de Gestão de Pessoal**, em 16/07/2020, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.abin.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0181931** e o código CRC **B792C76D**.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
DIRETORIA-GERAL
Departamento de Apoio Parlamentar

DECLARAÇÃO DE PERMISSÃO DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Declaramos para fins de comprovação de experiência na permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, que a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, na qualidade de Administradora de Benefícios, credenciada à Câmara dos Deputados por meio do Edital de Credenciamento n. 1/2017, atua adequadamente nos processos de aproveitamento de carências junto à operadora **Amil Assistência Médica Internacional S/A.** no Termo de Acordo n. 2017/81 de disponibilização de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais aos ocupantes dos cargos de Secretário Parlamentar e de Natureza Especial da Câmara dos Deputados.

Brasília/DF, 28 de julho de 2020.

Simone Sarkis Teixeira Bergo
Diretora





- Ativos Garantidores

Item 6.1.3.1.4



PROCESSO Nº: 33910.000609/2017-21

CERTIDÃO Nº 55/2022

Em conformidade com o disposto no art. 1º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, alterada pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, e considerando as informações referentes ao **3º trimestre de 2022**, encaminhadas pela administradora de benefícios a esta Autarquia até a presente data, certificamos, para fins de **licitação**, que **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, Registro n.º 41.745-9, CNPJ n.º 11.165.556/0001-54, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Asa Sul, Brasília-DF, CEP 70.303.907, atende às exigências de ativos garantidores constantes da Resolução Normativa – **RN nº 514, de 29 de abril de 2022**.

BRUNO MARTINS RODRIGUES

Gerente-Geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues, Gerente-Geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado**, em 08/12/2022, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **25482101** e o código CRC **9FA05BB9**.



- SICAF





Ministério da Economia
Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital
Secretaria de Gestão

Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins previstos na Lei nº 8.666, de 1993, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 11.165.556/0001-54 DUNS®: 90*****90
Razão Social: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE LTDA
Nome Fantasia: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE
Situação do Fornecedor: Credenciado Data de Vencimento do Cadastro: 18/04/2023
Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
MEI: Não
Porte da Empresa: Demais

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: Nada Consta
Impedimento de Licitar: Nada Consta

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

Receita Federal e PGFN Validade: 20/02/2023

FGTS Validade: 10/01/2023

Trabalhista (<http://www.tst.jus.br/certidao>) Validade: 14/06/2023

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal

Receita Estadual/Distrital Validade: 29/03/2023

Receita Municipal (Isento)

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira

Validade: 31/05/2023

Esta declaração é uma simples consulta e não tem efeito legal

Emitido em: 30/12/2022 10:37

CPF: 634.673.801-15 Nome: FARIAS PEREIRA DE SOUSA

Ass:



- Declaração de
Inexistência de Fatos
Supervenientes

Item 6.1.3.3.1





**AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

**REF.: EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022
PROCESSO N.º: 08007.006566/2019-13**

**DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO
Anexo II**

Em cumprimento das disposições do Item 6.1.3.3.1 descrito no Edital de Credenciamento Nº 002/2022, a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, CNPJ nº 11.165.556/0001-54, com sede no SCS, Quadra 03, Bloco A, nº 107/111, Asa Sul, CEP: 70.303-907, Brasília/DF, por intermédio de seus representantes legais, Sr. **Farias Pereira de Sousa**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº 1.428.385, expedida pela SSP/DF e CPF nº 634.673.801-15 o Sra. **Renata Adriana Costa Danesi**, brasileira, portador da Cédula de Identidade nº 3034744, expedida pela SSP/DF e CPF nº 288.124.988-41, DECLARA, perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
Farias Pereira de Sousa
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA:63467380115
CPF: 63467380115
Hora de assinatura: 30/12/2022 | 13:39 BRT
ICP
Brasil

DocuSigned by:
Renata Adriana Costa Danesi
Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI:28812498841
CPF: 28812498841
Data/Hora da Assinatura: 30/12/2022 | 14:02 BRT
ICP
Brasil

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF – 11.165.556/0001-54

Nome: Farias Pereira de Sousa
Cargo: Diretor Presidente
CPF: 634.673.801-15
RG: 1.428.385 SSP/DF

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
Cargo: Gerente Executivo
CPF: 288.124.988-41
RG: 3034744 SSP/DF

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 9E00CB024D384CBBB1B8D151B4B5AF3C
 Assunto: AllCare Benefícios - Declarações do CREDENCIAMENTO Nº 02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA.
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 22
 Assinar páginas: 2
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 30/12/2022 | 11:15

Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 12:17
 Assinado: 30/12/2022 | 13:39

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Renata Adriana Costa Danesi
 renata.danesi@allcare.com.br
 CONTRATOS

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 200.173.230.17

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 13:08
 Assinado: 30/12/2022 | 14:02

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Carina Pereira Maganin Moreira carina.maganin@allcare.com.br Gerente Jurídica 179451 OAB/RJ Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	30/12/2022 12:15
Entrega certificada	Segurança verificada	30/12/2022 13:08
Assinatura concluída	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Concluído	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora



- Declaração de não Emprego de Menor

Item 6.1.3.3.2





**AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

REF.: EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022
PROCESSO N.º: 08007.006566/2019-13

**DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES DE IDADE
Anexo III**

Em cumprimento das disposições do Item 6.1.3.3.2 descrito no Edital de Credenciamento Nº 002/2022, a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, CNPJ nº 11.165.556/0001-54, por intermédio de seus representantes legais, Sr. **Farias Pereira de Sousa**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº 1.428.385, expedida pela SSP/DF e CPF nº 634.673.801-15 e a Sra. Renata Adriana Costa Danesi, brasileira, portadora da Cédula de Identidade nº 3.034.744, expedida pela SSP/DF e CPF nº 288.124.988-41, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto nº 4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz (x).

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
Farias Pereira de Sousa
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA:63467380115
CPF: 63467380115
Hora de assinatura: 30/12/2022 | 13:39 BRT
ICP-Brasil
0A15CF6B47C048A19F842B69E35AD43

DocuSigned by:
Renata Adriana Costa Danesi
Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI:28812498841
CPF: 28812498841
Data/Hora da Assinatura: 30/12/2022 | 14:02 BRT
ICP-Brasil
3A1C15E07C934A8C840D7E7F31B292E2

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF – 11.165.556/0001-54

Nome: Farias Pereira de Sousa
Cargo: Diretor Presidente
CPF: 634.673.801-15
RG: 1.428.385 SSP/DF

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
Cargo: Gerente Executivo de Licitações
CPF: 288.124.988-41
RG:3.034.744 SSP/DF

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 9E00CB024D384CBBB1B8D151B4B5AF3C
 Assunto: AllCare Benefícios - Declarações do CREDENCIAMENTO Nº 02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA.
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 22
 Assinar páginas: 2
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 30/12/2022 | 11:15

Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente
 ALLCARE

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 12:17
 Assinado: 30/12/2022 | 13:39

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
 Não disponível através da DocuSign

Renata Adriana Costa Danesi
 renata.danesi@allcare.com.br
 CONTRATOS

Renata Adriana Costa Danesi

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 13:08
 Assinado: 30/12/2022 | 14:02

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 200.173.230.17

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
 Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Carina Pereira Maganin Moreira carina.maganin@allcare.com.br Gerente Jurídica 179451 OAB/RJ Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	30/12/2022 12:15
Entrega certificada	Segurança verificada	30/12/2022 13:08
Assinatura concluída	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Concluído	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora



- Declaração de Sustentabilidade da Administradora

Item 6.1.3.3.3





**AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

REF.: EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022
PROCESSO N.º: 08007.006566/2019-13

PROPONENTE: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.

CNPJ: 11.165.556/0001-54

Registro ANS: 41745 -9

Endereço: SCS, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa

Bairro: Asa Sul

Cidade: Brasília/DF

CEP: 70.303-907

Contato: Renata Adriana Costa Danesi

Cargo: Gerente Executivo

E-mail: renata.danesi@allcare.com.br

Fone: (61) 4063-8576

DECLARAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

Em cumprimento das disposições do Item 6.1.3.3.3, descrito no Edital de Credenciamento Nº 002/2022, a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, sob as penas da Lei nº 6.938/1981, na qualidade de proponente do procedimento licitatório, instaurado pelo Processo de nº 08007.006566/2019-13, que atendemos aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente.

Estar ciente da obrigatoriedade da apresentação das declarações e certidões pertinentes dos órgãos competentes quando solicitadas como requisito para habilitação e da obrigatoriedade do cumprimento integral ao que estabelece o art. 6º e seus incisos, da Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG e Decreto nº 7746 de 5 de junho de 2012, que estabelece critérios, práticas e diretrizes para a promoção do desenvolvimento nacional sustentável.

Estar ciente da obrigatoriedade da apresentação do registro no Cadastro Técnico Federal de Atividades Potencialmente Poluidoras ou Utilizadoras de Recursos Ambientais caso minha empresa exerça uma das atividades constantes no Anexo II da Instrução Normativa nº 31, de 03 de dezembro de 2009, do IBAMA.



As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 em vigor no Brasil.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

<p>DocuSigned by: Farias Pereira de Sousa Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA:63467380115 CPF: 63467380115 Hora de assinatura: 30/12/2022 13:39 BRT</p>	<p>DocuSigned by: Renata Adriana Costa Danesi Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI:28812498841 CPF: 28812498841 Data/Hora da Assinatura: 30/12/2022 14:02 BRT</p>
---	--

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF – 11.165.556/0001-54

Nome: Farias Pereira de Sousa
Cargo: Diretor Presidente
CPF: 634.673.801-15
RG: 1.428.385 SSP/DF

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
Cargo: Gerente Executivo
CPF: 288.124.988-41
RG: 3034744 SSP/DF

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 9E00CB024D384CBBB1B8D151B4B5AF3C
 Assunto: AllCare Benefícios - Declarações do CREDENCIAMENTO Nº 02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA.
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 22
 Assinar páginas: 2
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 30/12/2022 | 11:15
 Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br
 Local: DocuSign

Eventos do signatário

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente
 ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Renata Adriana Costa Danesi
 renata.danesi@allcare.com.br
 CONTRATOS

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Assinatura

Farias Pereira de Sousa

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Renata Adriana Costa Danesi

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 200.173.230.17

Registro de hora e data

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 12:17
 Assinado: 30/12/2022 | 13:39

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 13:08
 Assinado: 30/12/2022 | 14:02

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Carina Pereira Maganin Moreira carina.maganin@allcare.com.br Gerente Jurídica 179451 OAB/RJ Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	30/12/2022 12:15
Entrega certificada	Segurança verificada	30/12/2022 13:08
Assinatura concluída	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Concluído	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora



- Declaração de Apresentação Futura de Rede Credenciada

Anexo V





**AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

**REF.: EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022
PROCESSO N.º: 08007.006566/2019-13**

**DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO FUTURA DE REDE CREDENCIADA
Anexo V**

Em cumprimento das disposições descrito no **Edital de Credenciamento Nº 002/2022**, a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, CNPJ nº 11.165.556/0001-54, por intermédio de seus representantes legais, Sr. **Farias Pereira de Sousa**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº 1.428.385, expedida pela SSP/DF e CPF nº 634.673.801-15 e a Sra. **Renata Adriana Costa Danesi**, brasileira, portadora da Cédula de Identidade nº 3.034.744, expedida pela SSP/DF e CPF nº 288.124.988-41, com sede no SCS, Quadra 03, Bloco A, nº 107/111, Asa Sul, CEP: 70.303-907, Brasília/DF, contato telefônico: (61) 9 9528-3704, e-mail: renata.danesi@allcare.com.br, **DECLARA** que no ato da assinatura do Acordo de Parceria apresentará os instrumentos celebrados entre a Administradora e Operadoras parceiras, juntamente com a rede credenciada das operadoras apresentadas, nos termos do Edital e anexos.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
Farias Pereira de Sousa
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA;63467380115
CPF: 63467380115
Hora de assinatura: 30/12/2022 | 13:39 BRT
ICP
Brasil
0A1ECFB847C048A49F842B69EE3FAD43

DocuSigned by:
Renata Adriana Costa Danesi
Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI;28812498841
CPF: 28812498841
Data/Hora da Assinatura: 30/12/2022 | 14:02 BRT
ICP
Brasil
3A1C14EE07C934A6CB40D7E7E31B292F2

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF – 11.165.556/0001-54

Nome: Farias Pereira de Sousa
Cargo: Diretor Presidente
CPF: 634.673.801-15
RG: 1.428.385 SSP/DF

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
Cargo: Gerente Executivo de Licitações
CPF: 288.124.988-41
RG:3.034.744 SSP/DF

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 9E00CB024D384CBBB1B8D151B4B5AF3C
 Assunto: AllCare Benefícios - Declarações do CREDENCIAMENTO Nº 02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA.
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 22
 Assinar páginas: 2
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 30/12/2022 | 11:15

Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 12:17
 Assinado: 30/12/2022 | 13:39

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Renata Adriana Costa Danesi
 renata.danesi@allcare.com.br
 CONTRATOS

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 200.173.230.17

Enviado: 30/12/2022 | 12:15
 Visualizado: 30/12/2022 | 13:08
 Assinado: 30/12/2022 | 14:02

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Carina Pereira Maganin Moreira carina.maganin@allcare.com.br Gerente Jurídica 179451 OAB/RJ Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 30/12/2022 12:15
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	30/12/2022 12:15
Entrega certificada	Segurança verificada	30/12/2022 13:08
Assinatura concluída	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Concluído	Segurança verificada	30/12/2022 14:02
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora



- Termos de Acordo e Responsabilidades Assinados com as Operadoras

Item 5.4 do Edital e 23.2 do T.R





MEDHEALTH

Planos de Saúde



TERMO DE ACORDO E RESPONSABILIDADE

Em atendimento aos itens 5.4 do Edital e 23.2 do Projeto Básico

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, sediada na SCS, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa, Asa Sul, Brasília/DF, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 41745-9.

e

MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA., CNPJ/MF sob nº: 28.310.835/0001-67, sediada na Rua Emiliano Pernetá, N.º 297, Sala 211, 21º andar, Condomínio Metropolitan, Centro, Curitiba/PR, CEP: 80.010-050, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42136-7.

aqui representadas por seus representantes legais, firmam as seguintes condições de ajuste, em atenção ao **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022**, oriundo do **Processo nº 08007.006566/2019-13**, do **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - MJSP**, inscrito no CNPJ nº 00.394.494/0013-70.

Cláusula Primeira – Do Objeto:

1.1 As partes, OPERADORA e ADMINISTRADORA, já devidamente qualificadas, se comprometem a cumprir as obrigações decorrentes do **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022 - Processo nº 08007.006566/2019-13**, parte integrante deste instrumento, que tem como objeto o “1.1. Credenciamento de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar, com atendimento médico-hospitalar ou atendimento odontológico, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; nº 465, de 24 de fevereiro de 2021; nº 515 de abril alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 515, de 29 de abril de 2022) e suas atualizações; pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.”

Cláusula Segunda – Do Pleno Conhecimento das Responsabilidades e Demais Disposições do Termo de Acordo

A **ALLCARE** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se refere a sua

atuação da como Administradora de Benefícios, em acordo com o disposto na Resolução Normativa 515/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A **OPERADORA MEDHEALTH** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se refere a sua atividade como Operadora de Saúde, na forma da legislação em vigor, em especial no que dispõe a Lei 9.656/98.

Cláusula Terceira – Da Vigência

O presente instrumento terá validade pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado por conveniência das partes para assegurar que sua vigência corresponda ao prazo do contrato a ser assinado entre o **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA** e a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 em vigor no Brasil.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro
Assinado por: RODRIGO MARCIAL LEDRA RIBEIRO
CPF: 093.485.139-9
Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 00:58 BRT

MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA.

CNPJ/MF: 28.310.835/0001-67

RODRIGO MARCIAL LEDRA RIBEIRO

RG: 8.386.470-2 SESP/PR e CPF: 093.485.139-58

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA

CNPJ/MF 11.165.556/0001-54

DocuSigned by:
Farias Pereira de Sousa
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA:63467380115
CPF: 63467380115
Hora de assinatura: 26/12/2022 | 18:10 BRT

Farias Pereira de Sousa

Cargo: Diretor Presidente

RG: 1.428.385 SSP/DF

CPF: 634.673.801-15

DocuSigned by:
Ivan Nassif Souza
Signed By: IVAN NASSIF SOUZA:35492505840
CPF: 35492505840
Signing Time: 26/12/2022 | 17:30 BRT

Ivan Nassif Souza

Cargo: Diretor Financeiro

RG: 35.325.515 SSP/SP

CPF: 354.925.058-40



Testemunhas:

DocuSigned by:
Renata Adriana Costa Danesi
Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI:28812498841
CPF: 28812498841
Data/Hora da Assinatura: 27/12/2022 | 08:09 BRT

Nome: Renata Adriana Costa Danesi

CPF: 288.124.988-41

DocuSigned by:
Charles Lindberg Dantas
Assinado por: CHARLES LINDBERG DANTAS:85962767187
CPF: 85962767187
Hora de assinatura: 26/12/2022 | 15:45 BRT

Nome: Charles Lindberg Dantas

CPF: 859.627.671-87

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 3B5041D315F64835BDD11B316D6085CB

Status: Concluído

Assunto: AllCare x MedHealth - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 7

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

26/12/2022 | 14:29

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Enviado: 26/12/2022 | 15:11

Visualizado: 26/12/2022 | 16:28

Assinado: 26/12/2022 | 16:28

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 26/12/2022 | 15:12

Visualizado: 26/12/2022 | 15:44

Assinado: 26/12/2022 | 15:45

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa

farias@allcare.com.br

CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 26/12/2022 | 15:11

Visualizado: 26/12/2022 | 17:01

Assinado: 26/12/2022 | 18:10

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.50.95.72

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.92.80.106</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12 Visualizado: 26/12/2022 17:29 Assinado: 26/12/2022 17:30</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:11 Visualizado: 27/12/2022 08:08 Assinado: 27/12/2022 08:09</p>
<p>Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro rodrigo.ribeiro@medhealth.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC OAB G3</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 28/12/2022 10:07 ID: 59db9407-6b70-497c-86de-e3b6c7e8625d</p>	<p><i>Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 99.36.7.200</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12 Reenviado: 26/12/2022 15:14 Visualizado: 28/12/2022 10:07 Assinado: 29/12/2022 00:58</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Maria Betânia de Freitas betania@conectabeneficios.com Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 15:12
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 15:12

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
----------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
--------------------------------------	---------------	-----------------------------

Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/12/2022 15:12
Entrega certificada	Segurança verificada	28/12/2022 10:07
Assinatura concluída	Segurança verificada	29/12/2022 00:58
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 00:58

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
-----------------------------	---------------	-----------------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



INTEGRAL SAÚDE



AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE REDE CREDENCIADA

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A.**, com sede Avenida Ernani do Amaral Peixoto, nº 467, Bairro Centro, na cidade de NITERÓI/RJ, CEP: 24.020-072, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº 07.844.436/0001-06, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 41577-4, por intermédio de seu representante legal, **DECLARA** que compromete-se em disponibilizar aos beneficiários do MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP e dos órgãos específicos singulares, planos na área de abrangência a qual está vinculado o titular do benefício, disponibilizando consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios em rede própria, indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim), ou na localidade mais próxima, por reembolso ou mediante traslado, nos moldes da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

Rio de Janeiro/RJ, 28 de dezembro de 2022.

CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A
 CNPJ/MF nº 07.844.436/0001-06

DocuSigned by:
 ARMANDO GENTIL MONTEIRO
 Assinado por: ARMANDO GENTIL MONTEIRO 99051028768
 CPF: 99051028768
 Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 16:47 BRT

ARMANDO GENTIL MONTEIRO
 Cargo: Diretor Comercial
 RG. 08527706-9 DIC/RJ
 CPF. 990.510.287-68

DocuSigned by:
 HAROLDO AQUINO FILHO
 Assinado por: HAROLDO AQUINO FILHO:02930196734
 CPF: 02930196734
 Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 17:12 BRT

HAROLDO AQUINO FILHO
 Cargo: Diretor Superintendente
 RG. 085227069
 CPF: 990.510.287-68

Rua do Ouvidor 91, 3º andar - Centro – Rio de Janeiro/RJ
 Telefone: (21) 3233-8888 www.integralsaude.com.br

ANS - Nº 41.577- 4

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 2BB1B74D64864522AD2A32B5AC7CE9D1

Status: Concluído

Assunto: AllCare x CABERJ INTEGRAL - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO N°02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saude LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 10

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Nayanne Gonçalves Novais

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

nayanne.novais@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Nayanne Gonçalves Novais

Local: DocuSign

28/12/2022 | 14:42

nayanne.novais@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

ARMANDO GENTIL MONTEIRO

armandogentil@caberj.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/12/2022 | 16:45

ID: ed6ea62e-04ba-4c5f-b81c-ede818d6bc08

ARMANDO GENTIL MONTEIRO

Enviado: 28/12/2022 | 14:55

Visualizado: 29/12/2022 | 16:45

Assinado: 29/12/2022 | 16:47

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.125.26.162

Carina Maganin

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Enviado: 28/12/2022 | 14:55

Visualizado: 28/12/2022 | 17:58

Assinado: 28/12/2022 | 17:58

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 28/12/2022 | 14:55

Visualizado: 29/12/2022 | 12:50

Assinado: 29/12/2022 | 15:31

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.103.78.85

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Farias Pereira de Sousa farias@allcare.com.br CEO - Presidente ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Farias Pereira de Sousa</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 168.205.103.76</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 17:59 Assinado: 28/12/2022 18:00</p>
<p>HAROLDO AQUINO FILHO haroldo@caberj.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 29/12/2022 17:05 ID: 144ded65-d278-49cc-814b-12aa2cacc81b</p>	<p><i>HAROLDO AQUINO FILHO</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.125.26.162</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 29/12/2022 17:05 Assinado: 29/12/2022 17:14</p>
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 29/12/2022 16:05 Assinado: 29/12/2022 16:05</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 16:29 Assinado: 28/12/2022 16:30</p>
Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Igor Ribeiro Gonzalez igor.gonzalez@caberj.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 15:03
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Polyene Tomaz Dutra ptdutra@allcare.com.br AllCare Benefícios Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 28/12/2022 14:55
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	28/12/2022 14:55
Entrega certificada	Segurança verificada	28/12/2022 16:29
Assinatura concluída	Segurança verificada	28/12/2022 16:30
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 17:14

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.



S1 SAÚDE



TERMO DE ACORDO E RESPONSABILIDADE

Em atendimento aos itens 5.4 do Edital e 23.2 do Projeto Básico

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, sediada na SCS, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa, Asa Sul, Brasília/DF, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 41745-9.

e

S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA, CNPJ/MF sob nº: 27.113.113/0001-50, sediada na rua ST SCS Quadra 03 Bloco A nº 107, andar 1 sala 101 Edifício Antônia Alves, Bairro Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.303-907, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42.098-1.

aqui representadas por seus representantes legais, firmam as seguintes condições de ajuste, em atenção ao **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022**, oriundo do **Processo nº 08007.006566/2019-13**, do **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA- MJSP**, inscrito no CNPJ nº 00.394.494/0013-70.

Cláusula Primeira – Do Objeto:

1.1 As partes, OPERADORA e ADMINISTRADORA, já devidamente qualificadas, se comprometem a cumprir as obrigações decorrentes do **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022 - Processo nº 08007.006566/2019-13**, parte integrante deste instrumento, que tem como objeto o “1.1. Credenciamento de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar, com atendimento ambulatorial, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; nº 465, de 24 de fevereiro de 2021; nº 515 de abril alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 515, de 29 de abril de 2022) e suas atualizações; pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.”

Cláusula Segunda – Do Pleno Conhecimento das Responsabilidades e Demais Disposições do Termo de Acordo

A **ALLCARE** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se refere a sua atuação da como Administradora de Benefícios, em acordo com o disposto na Resolução Normativa 515/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

(61) 3221-5353

SCS QD 03 Bloco A, nº 107, 1º andar - Ed. Antônia Alves Pereira de Sousa
Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70.303-907

ANS Nº 42098-1

@s1saude  

A **S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se refere a sua atividade como Operadora de Saúde, para fornecimento de plano de saúde ambulatorial, na forma da legislação em vigor, em especial no que dispõe a Lei 9.656/98 e a proposta de serviços apresentada.

Cláusula Terceira – Da Vigência

O presente instrumento terá validade pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado por conveniência das partes para assegurar que sua vigência corresponda ao prazo do contrato a ser assinado entre o **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA** e a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA**.

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 em vigor no Brasil.

Brasília/DF, 29 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
 Faranio Pereira de Sousa
 Assinado por: FARIANIO PEREIRA DE SOUSA 49191934188
 CPF: 49191934188
 Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 16:10 BRT

S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA

CNPJ/MF: 27.113.113/0001-50

Faranio Pereira de Sousa

RG: 018003 CRA/DF e CPF: 491.919.341-68

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA

CNPJ/MF 11.165.556/0001-54

DocuSigned by:
 Faranio Pereira de Sousa
 Assinado por: FARIANIO PEREIRA DE SOUSA 63487380115
 CPF: 63487380115
 Hora de Assinatura: 29/12/2022 | 17:23 BRT

Farias Pereira de Sousa
 Cargo: Diretor Presidente
 RG: 1.428.385 SSP/DF
 CPF: 634.673.801-15

DocuSigned by:
 Ivan Nassif Souza
 Assinado por: IVAN NASSIF SOUZA 3549205840
 CPF: 3549205840
 Signing Time: 29/12/2022 | 16:06 BRT

Ivan Nassif Souza
 Cargo: Diretor Financeiro
 RG: 35.325.515 SSP/SP
 CPF: 354.925.058-40



Testemunhas:

DocuSigned by:
 Renata Adriana Costa Danesi
 Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI 28812498841
 CPF: 28812498841
 Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 17:10 BRT

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
 CPF: 288.124.988-41

DocuSigned by:
 Charles Lindberg Dantas
 Assinado por: CHARLES LINDBERG DANTAS 85962767187
 CPF: 85962767187
 Hora de Assinatura: 29/12/2022 | 16:00 BRT

Nome: Charles Lindberg Dantas
 CPF: 859.627.671-87

(61) 3221-5353

SCS QD 03 Bloco A, nº 107, 1º andar - Ed. Antônia Alves Pereira de Sousa
 Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70.303-907

ANS Nº 42098-1

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: D7F2E8415A3949DDA0FD9A1D7B92C94C

Status: Concluído

Assunto: AllCare x S1 Saúde - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 7

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

29/12/2022 | 15:33

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 17:21

Assinado: 29/12/2022 | 17:22

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 15:59

Assinado: 29/12/2022 | 16:00

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Faranio Pereira de Sousa

faranio@prevservice.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Faranio Pereira de Sousa

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 16:04

Assinado: 29/12/2022 | 16:10

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.32.31.65

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/12/2022 | 16:04

ID: 40f07336-24fc-45ae-bc31-a1376d1b709d

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Farias Pereira de Sousa farias@allcare.com.br CEO - Presidente ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Farias Pereira de Sousa</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 187.90.199.215</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:58 Assinado: 29/12/2022 17:23</p>
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:05 Assinado: 29/12/2022 16:06</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:49 Assinado: 29/12/2022 17:10</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p>Copiado</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47</p>

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Viliane Araujo viliene@prevservice.com.br Diretora Jurídica Prevservice Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 29/12/2022 15:47
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	29/12/2022 15:47
Entrega certificada	Segurança verificada	29/12/2022 16:49
Assinatura concluída	Segurança verificada	29/12/2022 17:10
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 17:23

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



UNIODONTO





TERMO DE ACORDO

Em atendimento aos itens 5.4 do Edital e 23.2 do Projeto Básico

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, sediada na SCS, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa, Asa Sul, Brasília/DF, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 41745-9.

e

UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS, com sede na Rua Correia Dias, nº 185, Paraíso, São Paulo/SP, CEP 04104-000, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº 44.595.858/0001-11, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 31431-5.

aqui representadas por seus representantes legais, firmam as seguintes condições de ajuste, em atenção ao **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022**, oriundo do **Processo nº 08007.006566/2019-13**, do **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - MJSP**, inscrito no CNPJ nº 00.394.494/0013-70.

Cláusula Primeira – Do Objeto:

1.1 As partes, OPERADORA e ADMINISTRADORA, já devidamente qualificadas, se comprometem a cumprir as obrigações decorrentes do **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022 - Processo nº 08007.006566/2019-13**, parte integrante deste instrumento, que tem como objeto o “1.1. Credenciamento de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência odontológico, com cobertura nacional, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; nº 465, de 24 de fevereiro de 2021; nº 515 de abril alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 515, de 29 de abril de 2022) e suas atualizações; pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.”

Cláusula Segunda – Do Pleno Conhecimento das Responsabilidades e Demais Disposições do Termo de Acordo

A **ALLCARE** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se refere a sua



atuação da como Administradora de Benefícios, em acordo com o disposto na Resolução Normativa 515/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A **UNIODONTO** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se refere a sua atividade como Operadora de Saúde, na forma da legislação em vigor, em especial no que dispõe a Lei 9.656/98.

Cláusula Terceira – Da Vigência

O presente instrumento terá validade pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado por conveniência das partes para assegurar que sua vigência corresponda ao prazo do contrato a ser assinado entre o **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA** e a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 em vigor no Brasil.

Brasília/DF, 22 de dezembro de 2022.

UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS CNPJ 44.595.858/0001-11

<p>DocuSigned by: José Alves de Souza Neto</p> <p>Assinado por: JOSE ALVES DE SOUZA NETO 06608359837 CPF: 06608359837 Data/Hora de Assinatura: 19/12/2022 13:04 BRT</p> <p>ICP Brasil</p> <p>5979F0488484EATAS8A3D0DF0FA10B05</p> <p>José Alves de Souza Neto Cargo: Diretor Presidente RG: 7.726.736-9 SSP/SP CPF: 066.083.598-37</p>	<p>DocuSigned by: José Clóvis Tomazzoni de Oliveira</p> <p>Assinado por: JOSE CLOVIS TOMAZZONI DE OLIVEIRA 06888262880 CPF: 06888262880 Data/Hora de Assinatura: 14/12/2022 12:14 BRT</p> <p>ICP Brasil</p> <p>543D7015C1106A34288B9B7320CA2800CF7</p> <p>José Clóvis Tomazzoni de Oliveira Cargo: Diretor Vice-Presidente de Op.e Mercado RG: 9.310.363-3 SSP/SP CPF: 068.882.628-80</p>
---	--

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA CNPJ/MF 11.165.556/0001-54

<p>DocuSigned by: Farias Pereira de Sousa</p> <p>Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA 63467380115 CPF: 63467380115 Hora de assinatura: 21/12/2022 08:54 BRT</p> <p>ICP Brasil</p> <p>0A1EFCF6B47C048A46F8428B6EE3FAD43</p> <p>Farias Pereira de Sousa Cargo: Diretor Presidente RG: 1.428.385 SSP/DF CPF: 634.673.801-15</p>	<p>DocuSigned by: Ivan Nassif Souza</p> <p>Signed By: IVAN NASSIF SOUZA 35492505840 CPF: 35492505840 Signing Time: 19/12/2022 14:20 BRT</p> <p>ICP Brasil</p> <p>C7A070115954E6DB82A48437A325F4C</p> <p>Ivan Nassif Souza Cargo: Diretor Financeiro RG: 35.325.515 SSP/SP CPF: 354.925.058-40</p>
--	--



Testemunhas:

DocuSigned by:
Charles Lindberg Dantas

Assinado por: CHARLES LINDBERG DANTAS 85962767187
CPF: 85962767187
Hora de assinatura: 20/12/2022 | 11:38 BRT

ICP Brasil

3325E42FB8A4A09B450236868B251E

Nome: Charles Lindberg Dantas
CPF: 859.627.671-87

Mauricio Fernandes dos Santos

Nome: Mauricio Fernandes dos Santos
CPF: 153.347.778-45

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: B89CCA2CAC2446A0A1C3A2A96ECC6445

Status: Concluído

Assunto: AllCare x Uniodonto - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP e Órgãos Singulares

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 10

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

14/12/2022 | 10:44

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 189.112.42.201

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 19/12/2022 | 08:18

Assinado: 19/12/2022 | 08:18

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 20/12/2022 | 08:46

Assinado: 20/12/2022 | 11:38

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa

farias@allcare.com.br

CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 19/12/2022 | 16:24

Assinado: 21/12/2022 | 08:54

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 216.250.210.0

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 168.197.140.105</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 16/12/2022 08:46 Assinado: 19/12/2022 14:20</p>
<p>José Alves de Souza Neto jalves@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC SINCOR RFB G5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 7/7/2020 11:39 ID: ba31fd07-c556-4e28-b65c-45d6f415b2f3</p>	<p><i>José Alves de Souza Neto</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 143.0.148.218</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:08 Assinado: 19/12/2022 13:04</p>
<p>José Clovis Tomazzoni de Oliveira clovis@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC SOLUTI Multipla v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 7/7/2020 09:48 ID: 630e43ff-f1cc-4ed7-8241-b92191ca0654</p>	<p><i>José Clovis Tomazzoni de Oliveira</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.41.245.144</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:14 Assinado: 14/12/2022 12:14</p>
<p>Mauricio Fernandes dos Santos msantos@allcare.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 14/12/2022 11:24 ID: cadd8e64-3910-4a92-ac49-475239b8a943</p>	<p><i>Mauricio Fernandes dos Santos</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.92.80.106</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:24 Assinado: 19/12/2022 17:14</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Luana Ana da Silva Zaneratto luana@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 13:05
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		
Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 14/12/2022 11:03
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	14/12/2022 11:03
Entrega certificada	Segurança verificada	14/12/2022 11:24
Assinatura concluída	Segurança verificada	19/12/2022 17:14
Concluído	Segurança verificada	21/12/2022 08:54

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicas que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



ODONT



TERMO DE ACORDO

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, sediada na SCS, Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa, Asa Sul, Brasília/DF, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 41745-9.

e

ODONT - OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA., com sede na Rua Jaguarari, nº 2281, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP 59.062-500, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº 34.907.159/0001-06, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 42208-8.

aqui representadas por seus representantes legais, firmam as seguintes condições de ajuste, em atenção ao **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022**, oriundo do **Processo nº 08007.006566/2019-13**, do **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - MJSP**, inscrito no CNPJ nº 00.394.494/0013-70.

Cláusula Primeira – Do Objeto:

1.1 As partes, OPERADORA e ADMINISTRADORA, já devidamente qualificadas, se comprometem a cumprir as obrigações decorrentes do **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022 - Processo nº 08007.006566/2019-13**, parte integrante deste instrumento, que tem como objeto o “1.1. Credenciamento de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência odontológico, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; nº 465, de 24 de fevereiro de 2021; nº 515 de abril alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 515, de 29 de abril de 2022) e suas atualizações; pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto”.

Cláusula Segunda – Do Pleno Conhecimento das Responsabilidades e Demais Disposições do Termo de Acordo

A **ALLCARE** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se

refere a sua atuação da como Administradora de Benefícios, em acordo com o disposto na Resolução Normativa 515/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A **ODONT** declara que têm total conhecimento das condições contidas no Edital, estando ciente e de acordo com as responsabilidades que lhe são inerentes, em especial no que se refere a sua atividade como Operadora de Saúde, na forma da legislação em vigor, em especial no que dispõe a Lei 9.656/98.

Cláusula Terceira – Da Vigência

O presente instrumento terá validade pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado por conveniência das partes para assegurar que sua vigência corresponda ao prazo do contrato a ser assinado entre o **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA** e a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 em vigor no Brasil.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
Pablo Damião da Silva Santos
Assinado por: PABLO DAMIAO DA SILVA SANTOS 09318565402
CPF: 093.185.654.02
Data/Hora de Assinatura: 27/12/2022 | 11:44 BRT
ICP Brasil
1540F05168324A6DA4C26925DAECAFA4

ODONT - OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA.

CNPJ/MF: 34.907.159/0001-06

Pablo Damião da Silva Santos

RG: 002453662 SSP/RN e CPF: 093.185.654-02

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA

CNPJ/MF 11.165.556/0001-54

DocuSigned by:
Farias Pereira de Sousa
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA 63467380115
CPF: 63467380115
Hora de assinatura: 26/12/2022 | 16:12 BRT
ICP Brasil
DA1EFCF8B47C08A49F842B88EE3FAD43

Farias Pereira de Sousa

Cargo: Diretor Presidente

RG: 1.428.385 SSP/DF

CPF: 634.673.801-15

DocuSigned by:
ivan nassif souza
Signed By: IVAN NASSIF SOUZA 35492505840
CPF: 35492505840
Signing Time: 26/12/2022 | 12:22 BRT
ICP Brasil
1540F05168324A6DA4C26925DAECAFA4

Ivan Nassif Souza

Cargo: Diretor Financeiro

RG: 35.325.515 SSP/SP

CPF: 354.925.058-40



Testemunhas:

Renata Adriana Costa Danesi

Nome: Renata Adriana Costa Danesi

CPF: 288.124.988-41

DocuSigned by:
Charles Lindberg Dantas
Assinado por: CHARLES LINDBERG DANTAS 85962767187
CPF: 85962767187
Hora de assinatura: 27/12/2022 | 08:42 BRT
ICP Brasil
329E42F8AA44A98B450239685B251E

Nome: Charles Lindberg Dantas

CPF: 859.627.671-87

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 074DE43ED56847C1924A619F721D04B3
 Assunto: AllCare x Odont - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 4
 Certificar páginas: 11
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 26/12/2022 | 11:04

Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário

Carina Pereira Maganin Moreira
 carina.maganin@allcare.com.br
 Gerente Jurídica
 179451 OAB/RJ
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma)

Assinatura

Usando endereço IP: 168.205.103.76

Registro de hora e data

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 26/12/2022 | 16:28
 Assinado: 26/12/2022 | 16:28

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas
 charles.lindberg@allcare.com.br
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 27/12/2022 | 08:41
 Assinado: 27/12/2022 | 08:42

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25
 ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 26/12/2022 | 12:43
 Assinado: 26/12/2022 | 18:12

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>IVAN NASSIF SOUZA insouza@allcare.com.br Diretor Financeiro ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>IVAN NASSIF SOUZA</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 26/12/2022 12:22 Assinado: 26/12/2022 12:22</p>
<p>Pablo Damião da Silva Santos pablo@odont.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC ONLINE RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 27/12/2022 11:42 ID: 822ddbff-f78e-4e82-a6ee-5323fd4f221a</p>	<p><i>Pablo Damião da Silva Santos</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.40.91.223</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 27/12/2022 11:42 Assinado: 27/12/2022 11:44</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 26/12/2022 13:28 Assinado: 26/12/2022 13:28</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 11:21
<p>Nazaré Santos administrativo@odont.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 11:21

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
----------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
--------------------------------------	---------------	-----------------------------

Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/12/2022 11:21
Entrega certificada	Segurança verificada	26/12/2022 13:28
Assinatura concluída	Segurança verificada	26/12/2022 13:28
Concluído	Segurança verificada	27/12/2022 11:44

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
-----------------------------	---------------	-----------------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



- Declaração de Aproveitamento de Carências das Operadoras





MEDHEALTH
Planos de Saúde



**AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA.**, CNPJ/MF sob nº 28.310.835/0001-67, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42.136-7, por intermédio de seu representante legal, **DECLARA**, que pratica e permite em seus contratos prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, o aproveitamento de carências, conforme Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais legislações pertinentes ao assunto em vigor.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF: 28.310.835/0001-67

DocuSigned by:
Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro
Assinado por: RODRIGO MARCIAL LEDRA RIBEIRO
CPF: 09348513958
Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 00:58 BRT

7E1E99E9071640626090DF395BE1AC6D

RODRIGO MARCIAL LEDRA RIBEIRO

Cargo: Sócio Administrador

RG: 8.386.470-2 SESP/PR

CPF: 093.485.139-58

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 3B5041D315F64835BDD11B316D6085CB

Status: Concluído

Assunto: AllCare x MedHealth - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 7

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

26/12/2022 | 14:29

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Enviado: 26/12/2022 | 15:11

Visualizado: 26/12/2022 | 16:28

Assinado: 26/12/2022 | 16:28

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 26/12/2022 | 15:12

Visualizado: 26/12/2022 | 15:44

Assinado: 26/12/2022 | 15:45

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa

farias@allcare.com.br

CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 26/12/2022 | 15:11

Visualizado: 26/12/2022 | 17:01

Assinado: 26/12/2022 | 18:10

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.50.95.72

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.92.80.106</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12 Visualizado: 26/12/2022 17:29 Assinado: 26/12/2022 17:30</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:11 Visualizado: 27/12/2022 08:08 Assinado: 27/12/2022 08:09</p>
<p>Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro rodrigo.ribeiro@medhealth.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC OAB G3</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 28/12/2022 10:07 ID: 59db9407-6b70-497c-86de-e3b6c7e8625d</p>	<p><i>Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 99.36.7.200</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12 Reenviado: 26/12/2022 15:14 Visualizado: 28/12/2022 10:07 Assinado: 29/12/2022 00:58</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Maria Betânia de Freitas betania@conectabeneficios.com Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12</p>
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12</p>

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
----------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
--------------------------------------	---------------	-----------------------------

Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/12/2022 15:12
Entrega certificada	Segurança verificada	28/12/2022 10:07
Assinatura concluída	Segurança verificada	29/12/2022 00:58
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 00:58

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
-----------------------------	---------------	-----------------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicas que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



INTEGRAL SAÚDE



AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Em atendimento as disposições do Edital de Credenciamento n.º 02/2022, a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**, CNPJ/MF sob nº: 07.844.436/0001-06, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 41577-4, por intermédio de seus representantes legais, **DECLARA**, que pratica e permite em seus contratos prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, o aproveitamento de carências, conforme Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais legislações pertinentes ao assunto em vigor.

Rio de Janeiro/RJ, 28 de dezembro de 2022.

CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A
CNPJ/MF nº 07.844.436/0001-06

DocuSigned by:
ARMANDO GENTIL MONTEIRO
Assinado por: ARMANDO GENTIL MONTEIRO 99051028768
CPF: 99051028768
Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 16:47 BRT


ARMANDO GENTIL MONTEIRO
Cargo: Diretor Comercial
RG. 08527706-9 DIC/RJ
CPF. 990.510.287-68

DocuSigned by:
HAROLDO AQUINO FILHO
Assinado por: HAROLDO AQUINO FILHO 02930196734
CPF: 02930196734
Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 17:12 BRT


HAROLDO AQUINO FILHO
Cargo: Diretor Superintendente
RG. 085227069
CPF: 990.510.287-68

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 2BB1B74D64864522AD2A32B5AC7CE9D1

Status: Concluído

Assunto: AllCare x CABERJ INTEGRAL - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO N°02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saude LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 10

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Nayanne Gonçalves Novais

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

nayanne.novais@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Nayanne Gonçalves Novais

Local: DocuSign

28/12/2022 | 14:42

nayanne.novais@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

ARMANDO GENTIL MONTEIRO

armandogentil@caberj.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/12/2022 | 16:45

ID: ed6ea62e-04ba-4c5f-b81c-ede818d6bc08

Carina Maganin

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Charles Lindberg Dantas

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.103.78.85

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Farias Pereira de Sousa farias@allcare.com.br CEO - Presidente ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Farias Pereira de Sousa</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 168.205.103.76</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 17:59 Assinado: 28/12/2022 18:00</p>
<p>HAROLDO AQUINO FILHO haroldo@caberj.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 29/12/2022 17:05 ID: 144ded65-d278-49cc-814b-12aa2cacc81b</p>	<p><i>HAROLDO AQUINO FILHO</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.125.26.162</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 29/12/2022 17:05 Assinado: 29/12/2022 17:14</p>
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 29/12/2022 16:05 Assinado: 29/12/2022 16:05</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 16:29 Assinado: 28/12/2022 16:30</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Igor Ribeiro Gonzalez igor.gonzalez@caberj.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 15:03
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		
Polyene Tomaz Dutra ptdutra@allcare.com.br AllCare Benefícios Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 28/12/2022 14:55
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	28/12/2022 14:55
Entrega certificada	Segurança verificada	28/12/2022 16:29
Assinatura concluída	Segurança verificada	28/12/2022 16:30
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 17:14
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.



S1 SAÚDE





AO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a **S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDELTD**, CNPJ/MF sob nº: 27.113.113/0001-50, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42.098-1, por intermédio de seus representantes legais, **DECLARA**, que pratica e permite em seus contratos prestação de serviços de assistência médica ambulatorial, o aproveitamento de carências, conforme Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, demais legislações pertinentes ao assunto em vigor e nos moldes da proposta de serviços apresentada.

Brasília/DF, 29 de dezembro de 2022.

S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDELTD
CNPJ/MF: 27.113.113/0001-50

DocuSigned by:
Faranio Pereira de Sousa
Assinado por: FARANIO PEREIRA DE SOUSA-49191934168
CPF: 49191934168
Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 11:10:10 BRT
ICP-Brasil
61262FC01FE848738A99722B8484672

Nome: Faranio Pereira de Sousa

Cargo: Administrador

RG: 018003 CRA-DF

CPF: 491.919.341-68

(61) 3221-5353

SCS QD 03 Bloco A, nº 107, 1º andar - Ed. Antônia Alves Pereira de Sousa
Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70.303-907

ANS Nº 42098-1

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: D7F2E8415A3949DDA0FD9A1D7B92C94C

Status: Concluído

Assunto: AllCare x S1 Saúde - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 7

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

29/12/2022 | 15:33

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 17:21

Assinado: 29/12/2022 | 17:22

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 15:59

Assinado: 29/12/2022 | 16:00

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Faranio Pereira de Sousa

faranio@prevservice.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Faranio Pereira de Sousa

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 16:04

Assinado: 29/12/2022 | 16:10

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.32.31.65

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/12/2022 | 16:04

ID: 40f07336-24fc-45ae-bc31-a1376d1b709d

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Farias Pereira de Sousa farias@allcare.com.br CEO - Presidente ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Farias Pereira de Sousa</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 187.90.199.215</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:58 Assinado: 29/12/2022 17:23</p>
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:05 Assinado: 29/12/2022 16:06</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:49 Assinado: 29/12/2022 17:10</p>
Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p>Copiado</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47</p>

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Viliane Araujo viliene@prevservice.com.br Diretora Jurídica Prevservice Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 29/12/2022 15:47
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	29/12/2022 15:47
Entrega certificada	Segurança verificada	29/12/2022 16:49
Assinatura concluída	Segurança verificada	29/12/2022 17:10
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 17:23

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicas que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



UNIODONTO





AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a **UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**, CNPJ/MF sob nº: 44.595.858/0001-11, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 31431-5, por intermédio de seus representantes legais, **Dr. José Alves de Souza Neto** e **Dr. José Clóvis Tomazzoni de Oliveira**, em cumprimento das disposições do **Edital de Credenciamento nº 001/2022**, **DECLARA** que pratica e permite em seus contratos de prestação de serviços de assistência odontológica, o aproveitamento de carências, conforme Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais legislações pertinentes ao assunto em vigor.

Brasília/DF, 22 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
José Alves de Souza Neto
Assinado por: JOSE ALVES DE SOUZA NETO 06608359837
CPF: 06608359837
Data/Hora da Assinatura: 19/12/2022 | 13:04 BRT
ICP-Brasil
5679FD446644EA1A5BA3D6FDA16805

Dr. José Alves de Souza Neto
Cargo: Diretor Presidente
RG. 7.726.736-9 SSP/DF
CPF. 066.083.598-37

DocuSigned by:
José Clóvis Tomazzoni de Oliveira
Assinado por: JOSE CLOVIS TOMAZZONI DE OLIVEIRA 0688262880
CPF: 0688262880
Data/Hora da Assinatura: 14/12/2022 | 12:14 BRT
ICP-Brasil
93D75C1F06A34286BF7382CA2820CF7

Dr. José Clóvis Tomazzoni de Oliveira
Cargo: Diretor Vice-Presidente de Oper. e Mercado
RG. 9.310.363-3
CPF. 068.882.628-80

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: B89CCA2CAC2446A0A1C3A2A96ECC6445

Status: Concluído

Assunto: AllCare x Uniodonto - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP e Órgãos Singulares

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 10

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

14/12/2022 | 10:44

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 189.112.42.201

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 19/12/2022 | 08:18

Assinado: 19/12/2022 | 08:18

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 20/12/2022 | 08:46

Assinado: 20/12/2022 | 11:38

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa

farias@allcare.com.br

CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 19/12/2022 | 16:24

Assinado: 21/12/2022 | 08:54

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 216.250.210.0

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 168.197.140.105</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 16/12/2022 08:46 Assinado: 19/12/2022 14:20</p>
<p>José Alves de Souza Neto jalves@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC SINCOR RFB G5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 7/7/2020 11:39 ID: ba31fd07-c556-4e28-b65c-45d6f415b2f3</p>	<p><i>José Alves de Souza Neto</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 143.0.148.218</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:08 Assinado: 19/12/2022 13:04</p>
<p>José Clovis Tomazzoni de Oliveira clovis@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC SOLUTI Multipla v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 7/7/2020 09:48 ID: 630e43ff-f1cc-4ed7-8241-b92191ca0654</p>	<p><i>José Clovis Tomazzoni de Oliveira</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.41.245.144</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:14 Assinado: 14/12/2022 12:14</p>
<p>Mauricio Fernandes dos Santos msantos@allcare.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 14/12/2022 11:24 ID: cadd8e64-3910-4a92-ac49-475239b8a943</p>	<p><i>Mauricio Fernandes dos Santos</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.92.80.106</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:24 Assinado: 19/12/2022 17:14</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Luana Ana da Silva Zaneratto luana@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 13:05
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 14/12/2022 11:03
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	14/12/2022 11:03
Entrega certificada	Segurança verificada	14/12/2022 11:24
Assinatura concluída	Segurança verificada	19/12/2022 17:14
Concluído	Segurança verificada	21/12/2022 08:54

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



ODONT



AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a operadora **ODONT - OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA**, CNPJ/MF sob nº: 34.907.159/0001-06, sediada na Alameda Santos, nº 1165, Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, CEP 01.419-002, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42208-8, por intermédio de seu representante legal supracitado, **DECLARA** que pratica e permite em seus contratos de prestação de serviços de assistência odontológica, o aproveitamento de carências, conforme Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais legislações pertinentes ao assunto em vigor.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022

ODONT - OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA.
CNPJ/MF: 34.907.159/0001-06

DocuSigned by:
Pablo Damião Da Silva Santos
Assinado por: PABLO DAMIAO DA SILVA SANTOS:09318565402
CPF: 09318565402
Data/Hora da Assinatura: 27/12/2022 | 11:44 BRT
ICP-Brasil
7DD797E7DA194A218FC7BC81CDF20558

Pablo Damião da Silva Santos
Cargo: Sócio Administrador
RG: 002453662 SSP/RN
CPF: 093.185.654-02

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 074DE43ED56847C1924A619F721D04B3
 Assunto: AllCare x Odont - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 4
 Certificar páginas: 11
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 26/12/2022 | 11:04
 Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br
 Local: DocuSign

Eventos do signatário

Carina Pereira Maganin Moreira
 carina.maganin@allcare.com.br
 Gerente Jurídica
 179451 OAB/RJ
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma)

Assinatura

Usando endereço IP: 168.205.103.76

Registro de hora e data

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 26/12/2022 | 16:28
 Assinado: 26/12/2022 | 16:28

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas
 charles.lindberg@allcare.com.br
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 27/12/2022 | 08:41
 Assinado: 27/12/2022 | 08:42

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25
 ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 26/12/2022 | 12:43
 Assinado: 26/12/2022 | 18:12

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>IVAN NASSIF SOUZA insouza@allcare.com.br Diretor Financeiro ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>IVAN NASSIF SOUZA</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 26/12/2022 12:22 Assinado: 26/12/2022 12:22</p>
<p>Pablo Damião da Silva Santos pablo@odont.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC ONLINE RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 27/12/2022 11:42 ID: 822ddbff-f78e-4e82-a6ee-5323fd4f221a</p>	<p><i>Pablo Damião da Silva Santos</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.40.91.223</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 27/12/2022 11:42 Assinado: 27/12/2022 11:44</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 26/12/2022 13:28 Assinado: 26/12/2022 13:28</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 11:21
<p>Nazaré Santos administrativo@odont.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 11:21

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
----------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
--------------------------------------	---------------	-----------------------------

Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/12/2022 11:21
Entrega certificada	Segurança verificada	26/12/2022 13:28
Assinatura concluída	Segurança verificada	26/12/2022 13:28
Concluído	Segurança verificada	27/12/2022 11:44

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
-----------------------------	---------------	-----------------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado **CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA**; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA** conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA** durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



- Declaração de Rede Credenciada das Operadoras





MEDHEALTH
Planos de Saúde



AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE REDE CREDENCIADA

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA.**, CNPJ/MF sob nº 28.310.835/0001-67, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42.136-7, por intermédio de seu representante legal, **DECLARA** que compromete-se em disponibilizar aos beneficiários do **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP e dos órgãos específicos singulares**, planos na área de abrangência a qual está vinculado o titular do benefício, disponibilizando consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios em rede própria, indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim), ou na localidade mais próxima, por reembolso ou mediante traslado, nos moldes da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF: 28.310.835/0001-67

DocuSigned by:
Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro
Assinado por: RODRIGO MARCIAL LEDRA RIBEIRO
CPF: 09348513958
Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 00:58 BRT



RODRIGO MARCIAL LEDRA RIBEIRO

Cargo: Sócio Administrador
RG: 8.386.470-2 SESP/PR
CPF: 093.485.139-58

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 3B5041D315F64835BDD11B316D6085CB

Status: Concluído

Assunto: AllCare x MedHealth - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 7

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

26/12/2022 | 14:29

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Enviado: 26/12/2022 | 15:11

Visualizado: 26/12/2022 | 16:28

Assinado: 26/12/2022 | 16:28

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 26/12/2022 | 15:12

Visualizado: 26/12/2022 | 15:44

Assinado: 26/12/2022 | 15:45

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa

farias@allcare.com.br

CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 26/12/2022 | 15:11

Visualizado: 26/12/2022 | 17:01

Assinado: 26/12/2022 | 18:10

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.50.95.72

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.92.80.106</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12 Visualizado: 26/12/2022 17:29 Assinado: 26/12/2022 17:30</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:11 Visualizado: 27/12/2022 08:08 Assinado: 27/12/2022 08:09</p>
<p>Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro rodrigo.ribeiro@medhealth.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC OAB G3</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 28/12/2022 10:07 ID: 59db9407-6b70-497c-86de-e3b6c7e8625d</p>	<p><i>Rodrigo Marcial Ledra Ribeiro</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 99.36.7.200</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 15:12 Reenviado: 26/12/2022 15:14 Visualizado: 28/12/2022 10:07 Assinado: 29/12/2022 00:58</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Maria Betânia de Freitas betania@conectabeneficios.com Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 15:12
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 15:12

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
----------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
--------------------------------------	---------------	-----------------------------

Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/12/2022 15:12
Entrega certificada	Segurança verificada	28/12/2022 10:07
Assinatura concluída	Segurança verificada	29/12/2022 00:58
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 00:58

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
-----------------------------	---------------	-----------------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



INTEGRAL SAÚDE



AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE REDE CREDENCIADA

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A.**, com sede Avenida Ernani do Amaral Peixoto, nº 467, Bairro Centro, na cidade de NITERÓI/RJ, CEP: 24.020-072, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº 07.844.436/0001-06, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 41577-4, por intermédio de seu representante legal, **DECLARA** que compromete-se em disponibilizar aos beneficiários do MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP e dos órgãos específicos singulares, planos na área de abrangência a qual está vinculado o titular do benefício, disponibilizando consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios em rede própria, indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim), ou na localidade mais próxima, por reembolso ou mediante traslado, nos moldes da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

Rio de Janeiro/RJ, 28 de dezembro de 2022.

CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A
 CNPJ/MF nº 07.844.436/0001-06

DocuSigned by:
 ARMANDO GENTIL MONTEIRO
 Assinado por: ARMANDO GENTIL MONTEIRO 99051028768
 CPF: 99051028768
 Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 16:47 BRT

ARMANDO GENTIL MONTEIRO
 Cargo: Diretor Comercial
 RG. 08527706-9 DIC/RJ
 CPF. 990.510.287-68

DocuSigned by:
 HAROLDO AQUINO FILHO
 Assinado por: HAROLDO AQUINO FILHO:02930196734
 CPF: 02930196734
 Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 17:12 BRT

HAROLDO AQUINO FILHO
 Cargo: Diretor Superintendente
 RG. 085227069
 CPF: 990.510.287-68

Rua do Ouvidor 91, 3º andar - Centro – Rio de Janeiro/RJ
 Telefone: (21) 3233-8888 www.integralsaude.com.br

ANS - Nº 41.577- 4

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 2BB1B74D64864522AD2A32B5AC7CE9D1

Status: Concluído

Assunto: AllCare x CABERJ INTEGRAL - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO N°02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saude LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 10

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Nayanne Gonçalves Novais

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

nayanne.novais@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Nayanne Gonçalves Novais

Local: DocuSign

28/12/2022 | 14:42

nayanne.novais@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

ARMANDO GENTIL MONTEIRO

armandogentil@caberj.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/12/2022 | 16:45

ID: ed6ea62e-04ba-4c5f-b81c-ede818d6bc08

Carina Maganin

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Charles Lindberg Dantas

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.103.78.85

Enviado: 28/12/2022 | 14:55

Visualizado: 28/12/2022 | 17:58

Assinado: 28/12/2022 | 17:58

Enviado: 28/12/2022 | 14:55

Visualizado: 29/12/2022 | 12:50

Assinado: 29/12/2022 | 15:31

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Farias Pereira de Sousa farias@allcare.com.br CEO - Presidente ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Farias Pereira de Sousa</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 168.205.103.76</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 17:59 Assinado: 28/12/2022 18:00</p>
<p>HAROLDO AQUINO FILHO haroldo@caberj.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC Certisign RFB G5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 29/12/2022 17:05 ID: 144ded65-d278-49cc-814b-12aa2cacc81b</p>	<p><i>HAROLDO AQUINO FILHO</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.125.26.162</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 29/12/2022 17:05 Assinado: 29/12/2022 17:14</p>
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 29/12/2022 16:05 Assinado: 29/12/2022 16:05</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 16:29 Assinado: 28/12/2022 16:30</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Igor Ribeiro Gonzalez igor.gonzalez@caberj.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 28/12/2022 14:55 Visualizado: 28/12/2022 15:03
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Polyene Tomaz Dutra ptdutra@allcare.com.br AllCare Benefícios Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 28/12/2022 14:55
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	28/12/2022 14:55
Entrega certificada	Segurança verificada	28/12/2022 16:29
Assinatura concluída	Segurança verificada	28/12/2022 16:30
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 17:14

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.



S1 SAÚDE



AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE REDE CREDENCIADA

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a **S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA**, CNPJ/MF sob nº: 27.113.113/0001-50, sediada no ST SCS Quadra 03 Bloco A, nº 107 andar 1 sala 101 Edifício Antônia Alves , Bairro Asa Sul, Cidade/UF, CEP: 70.303-907, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42.098-1, por intermédio de seus representantes legais, **DECLARA** que compromete-se em disponibilizar aos beneficiários do **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP e dos órgãos específicos singulares**, planos ambulatoriais na área de abrangência a qual está vinculado o titular do benefício e conforme proposta apresentada a esta administradora, disponibilizando consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios em rede própria, indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim), ou na localidade mais próxima, por reembolso ou mediante traslado, nos moldes da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011 e de acordo com a proposta de serviços apresentada.

Brasília/DF, 29 de dezembro de 2022.

S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA
CNPJ/MF: 27.113.113/0001-50

DocuSigned by:
 Faranio Pereira de Sousa
 Assinado por: FARANIO PEREIRA DE SOUSA-49191934168
 CPF: 491.919.341-68
 Data/Hora da Assinatura: 29/12/2022 | 16:10 BRT

 61282FC011E34473B4899722D844672

Nome: Faranio Pereira de Sousa

Cargo: Administrador

RG: 018003 CRA-DF

CPF: 491.919.341-68

(61) 3221-5353

SCS QD 03 Bloco A, nº 107, 1º andar - Ed. Antônia Alves Pereira de Sousa
 Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70.303-907

ANS Nº 42098-1

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: D7F2E8415A3949DDA0FD9A1D7B92C94C

Status: Concluído

Assunto: AllCare x S1 Saúde - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 7

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

29/12/2022 | 15:33

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 168.205.103.76

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 17:21

Assinado: 29/12/2022 | 17:22

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 15:59

Assinado: 29/12/2022 | 16:00

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Faranio Pereira de Sousa

faranio@prevservice.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Faranio Pereira de Sousa

Enviado: 29/12/2022 | 15:47

Visualizado: 29/12/2022 | 16:04

Assinado: 29/12/2022 | 16:10

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 187.32.31.65

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/12/2022 | 16:04

ID: 40f07336-24fc-45ae-bc31-a1376d1b709d

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Farias Pereira de Sousa farias@allcare.com.br CEO - Presidente ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Farias Pereira de Sousa</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 187.90.199.215</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:58 Assinado: 29/12/2022 17:23</p>
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:05 Assinado: 29/12/2022 16:06</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47 Visualizado: 29/12/2022 16:49 Assinado: 29/12/2022 17:10</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p>Copiado</p>	<p>Enviado: 29/12/2022 15:47</p>

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Viliane Araujo viliene@prevservice.com.br Diretora Jurídica Prevservice Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 29/12/2022 15:47
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	29/12/2022 15:47
Entrega certificada	Segurança verificada	29/12/2022 16:49
Assinatura concluída	Segurança verificada	29/12/2022 17:10
Concluído	Segurança verificada	29/12/2022 17:23

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



UNIODONTO





AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE REDE CREDENCIADA

Em atendimento as disposições do **Edital de Credenciamento n.º 02/2022**, a operadora **UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**, CNPJ/MF sob nº: 44.595.858/0001-11, sediada na Rua Correia Dias, nº 185, Bairro Paraíso, São Paulo/SP, CEP: 04104-000, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 314315, por intermédio de seus representantes legais, **Dr. José Alves de Souza Neto** e **Dr. José Clóvis Tomazzoni de Oliveira**, **DECLARA** que se compromete em disponibilizar aos beneficiários do **MJSP - MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA e dos órgãos específicos singulares**, planos exclusivamente odontológicos, na área de abrangência a qual está vinculado o titular do benefício, disponibilizando sua rede credenciada com atendimento conforme exigências descritas no Edital e anexos.

Brasília/DF, 22 de dezembro de 2022.

DocuSigned by:
José Alves de Souza Neto
Assinado por JOSE ALVES DE SOUZA NETO 06608359837
CPF: 066.083.59837
Data/Hora da Assinatura: 19/12/2022 | 13:04 BRT
ICP
Brasil
6479F04A2E44A6E1A1E8A3D1E0F6A18B26

Dr. José Alves de Souza Neto
Cargo: Diretor Presidente
RG. 7.726.736-9 SSP/DF
CPF. 066.083.598-37

DocuSigned by:
José Clóvis Tomazzoni de Oliveira
Assinado por JOSE CLOVIS TOMAZZONI DE OLIVEIRA 06888262880
CPF: 068.882.62880
Data/Hora da Assinatura: 14/12/2022 | 12:14 BRT
ICP
Brasil
931075C1F98A342B8BF8138CA2820CF7

Dr. José Clóvis Tomazzoni de Oliveira
Cargo: Diretor Vice-Presidente de Op. e Mercado
RG. 9.310.363-3
CPF. 068.882.628-80

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: B89CCA2CAC2446A0A1C3A2A96ECC6445

Status: Concluído

Assunto: AllCare x Uniodonto - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP e Órgãos Singulares

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 10

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 11

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Selos: 1

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

ptdutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

14/12/2022 | 10:44

ptdutra@allcare.com.br

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Carina Pereira Maganin Moreira

carina.maganin@allcare.com.br

Gerente Jurídica

179451 OAB/RJ

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)



Usando endereço IP: 189.112.42.201

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 19/12/2022 | 08:18

Assinado: 19/12/2022 | 08:18

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas

charles.lindberg@allcare.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 20/12/2022 | 08:46

Assinado: 20/12/2022 | 11:38

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25

ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa

farias@allcare.com.br

CEO - Presidente

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 14/12/2022 | 11:03

Visualizado: 19/12/2022 | 16:24

Assinado: 21/12/2022 | 08:54

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 216.250.210.0

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>Ivan Nassif Souza ivan.souza@allcare.com.br Diretor Financeiro 354.925.058-40 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Ivan Nassif Souza</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 168.197.140.105</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 16/12/2022 08:46 Assinado: 19/12/2022 14:20</p>
<p>José Alves de Souza Neto jalves@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC SINCOR RFB G5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 7/7/2020 11:39 ID: ba31fd07-c556-4e28-b65c-45d6f415b2f3</p>	<p><i>José Alves de Souza Neto</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 143.0.148.218</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:08 Assinado: 19/12/2022 13:04</p>
<p>José Clovis Tomazzoni de Oliveira clovis@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC SOLUTI Multipla v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 7/7/2020 09:48 ID: 630e43ff-f1cc-4ed7-8241-b92191ca0654</p>	<p><i>José Clovis Tomazzoni de Oliveira</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.41.245.144</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:14 Assinado: 14/12/2022 12:14</p>
<p>Mauricio Fernandes dos Santos msantos@allcare.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 14/12/2022 11:24 ID: cadd8e64-3910-4a92-ac49-475239b8a943</p>	<p><i>Mauricio Fernandes dos Santos</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.92.80.106</p>	<p>Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 11:24 Assinado: 19/12/2022 17:14</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Luana Ana da Silva Zaneratto luana@uniodonto.coop.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 14/12/2022 11:03 Visualizado: 14/12/2022 13:05
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	Copiado	Enviado: 14/12/2022 11:03
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign		

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
-------------------------	------------	-------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
---------------------	------------	-------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	14/12/2022 11:03
Entrega certificada	Segurança verificada	14/12/2022 11:24
Assinatura concluída	Segurança verificada	19/12/2022 17:14
Concluído	Segurança verificada	21/12/2022 08:54

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico
--

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



ODONT



AO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – MJSP
SECRETÁRIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

REF.: Edital de Credenciamento Nº 02/2022 – Processo nº 08007.006566/2019-13

DECLARAÇÃO DE REDE CREDENCIADA

Em atendimento as disposições do Edital de Credenciamento n.º 02/2022, a operadora **ODONT - OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA**, CNPJ/MF sob nº: 34.907.159/0001-06, sediada na Alameda Santos, nº 1165, Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, CEP 01.419-002, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 42208-8, por intermédio de seu representante legal o Sr. **Pablo Damião da Silva Santos**, **DECLARA** que se compromete em disponibilizar aos beneficiários do **MJSP - MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA e dos órgãos específicos singulares**, planos exclusivamente odontológicos, na área de abrangência a qual está vinculado o titular do benefício e conforme proposta apresentada a esta administradora, disponibilizando sua rede credenciada dentro da abrangência geográfica do produto contratado, nos moldes da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011 e demais legislações vigentes.

Brasília/DF, 30 de dezembro de 2022.

ODONT - OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA.
CNPJ/MF: 34.907.159/0001-06

DocuSigned by:
Pablo Damião da Silva Santos
Assinado por: PABLO DAMIAO DA SILVA SANTOS 09318565402
CPF: 09318565402
Data/Hora da Assinatura: 27/12/2022 | 11:44 BRT
ICP-Brasil

Pablo Damião da Silva Santos
Cargo: Sócio Administrador
RG: 002453662 SSP/RN
CPF: 093.185.654-02

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 074DE43ED56847C1924A619F721D04B3
 Assunto: AllCare x Odont - Termo e Declarações do CREDENCIAMENTO Nº02.2022 MJSP
 Departamento: Licitações
 CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54
 Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA
 Envelope fonte:
 Documentar páginas: 4
 Certificar páginas: 11
 Assinatura guiada: Ativado
 Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado
 Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Status: Concluído

Remetente do envelope:
 Polyene Tomaz Dutra
 Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista
 Sao Paulo, SP 01419-908
 ptdutra@allcare.com.br
 Endereço IP: 200.233.136.153

Rastreamento de registros

Status: Original
 26/12/2022 | 11:04
 Portador: Polyene Tomaz Dutra
 ptdutra@allcare.com.br
 Local: DocuSign

Eventos do signatário

Carina Pereira Maganin Moreira
 carina.maganin@allcare.com.br
 Gerente Jurídica
 179451 OAB/RJ
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma)

Assinatura

Usando endereço IP: 168.205.103.76

Registro de hora e data

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 26/12/2022 | 16:28
 Assinado: 26/12/2022 | 16:28

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Charles Lindberg Dantas
 charles.lindberg@allcare.com.br
 Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Charles Lindberg Dantas

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 27/12/2022 | 08:41
 Assinado: 27/12/2022 | 08:42

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.6.26.59

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 28/1/2019 | 10:25
 ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409

Farias Pereira de Sousa
 farias@allcare.com.br
 CEO - Presidente

Farias Pereira de Sousa

Enviado: 26/12/2022 | 11:21
 Visualizado: 26/12/2022 | 12:43
 Assinado: 26/12/2022 | 18:12

ALLCARE

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
 (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
 Usando endereço IP: 189.50.95.72

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP Smart Card
 Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não disponível através da DocuSign

Eventos do signatário	Assinatura	Registro de hora e data
<p>IVAN NASSIF SOUZA insouza@allcare.com.br Diretor Financeiro ALLCARE Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC VALID RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>IVAN NASSIF SOUZA</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.112.42.201</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 26/12/2022 12:22 Assinado: 26/12/2022 12:22</p>
<p>Pablo Damião da Silva Santos pablo@odont.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital</p> <p>Detalhes do provedor de assinatura: Tipo de assinatura: ICP Smart Card Emissor da assinatura: AC ONLINE RFB v5</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 27/12/2022 11:42 ID: 822ddbff-f78e-4e82-a6ee-5323fd4f221a</p>	<p><i>Pablo Damião da Silva Santos</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 189.40.91.223</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 27/12/2022 11:42 Assinado: 27/12/2022 11:44</p>
<p>Renata Adriana Costa Danesi renata.danesi@allcare.com.br CONTRATOS Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	<p><i>Renata Adriana Costa Danesi</i></p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado Usando endereço IP: 177.235.243.181</p>	<p>Enviado: 26/12/2022 11:21 Visualizado: 26/12/2022 13:28 Assinado: 26/12/2022 13:28</p>

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 11:21
<p>Nazaré Santos administrativo@odont.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não disponível através da DocuSign</p>	Copiado	Enviado: 26/12/2022 11:21

Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
----------------------------	-------------------	--------------------------------

Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
--------------------------------------	---------------	-----------------------------

Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/12/2022 11:21
Entrega certificada	Segurança verificada	26/12/2022 13:28
Assinatura concluída	Segurança verificada	26/12/2022 13:28
Concluído	Segurança verificada	27/12/2022 11:44

Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
-----------------------------	---------------	-----------------------------

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para

receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: carina.maganin@allcare.com.br

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.

CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA

Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura

Periodicamente, a poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

Obtenção de cópias impressas

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

Revogação de seu consentimento

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

Consequências da revogação de consentimento

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

Como contatar a :

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

Para informar seu novo endereço de e-mail a :

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

Para solicitar cópias impressas a :

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

Para revogar o seu consentimento perante a :

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

Hardware e software necessários:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

** Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por durante o curso do meu relacionamento com você.



- Registro ANS dos Produtos

Item 23.1.2 do T.R





MEDHEALTH
Planos de Saúde



OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**

Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

LIBERTY PARTICIPATIVO NAC-CE-C

Registro do Plano na ANS: **486363201**

Data de Registro: **04/08/2020 19:23:54**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Nacional**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

LIBERTY PARTICIPATIVO NAC-CE-I

Registro do Plano na ANS: **486359203**

Data de Registro: **04/08/2020 19:07:19**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Nacional**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**

Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

UNIQUE PARTICIPATIVO REG-DF CE-C

Registro do Plano na ANS: **492551223**

Data de Registro: **31/05/2022 19:16:56**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

UNIQUE PARTICIPATIVO REG-DF CE-I

Registro do Plano na ANS: **492552221**

Data de Registro: **31/05/2022 19:17:07**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

OURO (1) PARTICIPATIVO REG-DF CE-C

Registro do Plano na ANS: **492522220**

Data de Registro: **30/05/2022 19:54:48**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

OURO (1) PARTICIPATIVO REG-DF CE-I

Registro do Plano na ANS: **492521221**

Data de Registro: **30/05/2022 19:54:37**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

DRA SANTA SAÚDE CE-C COM OBST

Registro do Plano na ANS: **487612201**

Data de Registro: **07/12/2020 19:07:31**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **421367**

Dados do plano de saúde:

DRA SANTA SAÚDE CE-I COM OBST

Registro do Plano na ANS: **487613200**

Data de Registro: **07/12/2020 19:07:41**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)



INTEGRAL SAÚDE





Produtos Sem Coparticipação

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

INTEGRAL 100 E QC

Registro do Plano na ANS: **484748202**

Data de Registro: **14/01/2020 19:20:09**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

INTEGRAL 100 E QP

Registro do Plano na ANS: **484746206**

Data de Registro: **14/01/2020 19:19:40**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

INTEGRAL 200 E QC

Registro do Plano na ANS: **484745208**

Data de Registro: **14/01/2020 19:19:28**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

INTEGRAL 200 E QP

Registro do Plano na ANS: **484747204**

Data de Registro: **14/01/2020 19:19:55**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

ESSENCIAL

Registro do Plano na ANS: **455848071**

Data de Registro: **19/03/2007 09:31:47**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

MAIS

Registro do Plano na ANS: **455854075**

Data de Registro: **19/03/2007 09:33:36**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

MULTI

Registro do Plano na ANS: **455855073**

Data de Registro: **19/03/2007 09:33:50**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, têm que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

TOTAL

Registro do Plano na ANS: **458005082**

Data de Registro: **06/10/2008 10:10:57**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)



Produtos Com Coparticipação

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

INTEGRAL 100 E QC COM COPARTICIPAÇÃO

Registro do Plano na ANS: **485165200**

Data de Registro: **19/03/2020 19:01:00**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

INTEGRAL 100 E QP COM COPARTICIPAÇÃO

Registro do Plano na ANS: **486006203**

Data de Registro: **22/06/2020 19:01:48**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

INTEGRAL 200 E QC COM COPARTICIPAÇÃO

Registro do Plano na ANS: **486008200**

Data de Registro: **22/06/2020 19:02:14**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**
Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:
INTEGRAL 200 E QP COM COPARTICIPAÇÃO

Registro do Plano na ANS: **486007201**
Data de Registro: **22/06/2020 19:02:01**
Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**
Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**
Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**
Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

ESSENCIAL 20 E

Registro do Plano na ANS: **460940099**

Data de Registro: **03/12/2009**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

MAIS 20 E

Registro do Plano na ANS: **460962090**

Data de Registro: **03/12/2009**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

MULTI 20 E

Registro do Plano na ANS: **460941097**

Data de Registro: **03/12/2009**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A**

Registro na Ans : **415774**

Dados do plano de saúde:

TOTAL 20 E

Registro do Plano na ANS: **460961091**

Data de Registro: **03/12/2009**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)



S1 SAÚDE



OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **420981**

Dados do plano de saúde:

S1 GOLD EMPRESARIAL SEM COPART

Registro do Plano na ANS: **480162188**

Data de Registro: **07/03/2018 20:07:09**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Municipal**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA**
Registro na Ans : **420981**

Dados do plano de saúde:

S1 GOLD EMPRESARIAL COM COPART

Registro do Plano na ANS: **480160181**

Data de Registro: **07/03/2018 20:07:08**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Municipal**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)



UNIODONTO



OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**
Registro na Ans : **314315**

Dados do plano de saúde:

ANIX

Registro do Plano na ANS: **465758116**
Data de Registro: **04/11/2011 19:10:52**
Segmentação Assistencial: **Odontológico**
Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**
Abrangência Geográfica: **Nacional**
Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)



ODONT





- Comprovante de Registro na ANS das Operadoras



OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, também que ser registrados na ANS.

Para realizar nova pesquisa seleciona a opção "voltar" abaixo.

Operadora : **ODONT-OPERADORA ODONTOLOGICA LTDA**

Registro na Ans : **422088**

Dados do plano de saúde:

ODONT PLUS EMPRESARIAL

Registro do Plano na ANS: **490377213**

Data de Registro: **27/10/2021 19:53:52**

Segmentação Assistencial: **Odontológico**

Tipo de Contratação: **Coletivo empresarial**

Abrangência Geográfica: **Grupo de estados**

Situação: **ATIVO**

[« VOLTAR](#)

[SUBIR »](#)

CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Certificamos que a operadora de planos de assistência à saúde com razão social MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA, CNPJ nº 28.310.835/0001-67 , situada à RUA EMILIANO PERNETA 297 SALA 211 - ANDAR 21 - COND. METROPOLITAN, CENTRO Curitiba - PR CEP 80.010-050, registro ANS nº 421367 , e classificada na modalidade Medicina de Grupo , indicando como seu responsável pela área técnica de saúde MARTA BEATRIZ LORO LEDRA RIBEIRO de CPF nº ***.216.009-** CRM nº 11246, possui autorização de funcionamento concedida em 11/04/2019.

Quantidade de vínculos de beneficiários ativos: 2.885 na competência 11/2022

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 438443

Certidão emitida em 21/12/2022 15:38:21(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço <https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml>.

CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Certificamos que a operadora de planos de assistência à saúde com razão social CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A, CNPJ nº 07.844.436/0001-06 , situada à AVENIDA ERNANI DO AMARAL PEIXOTO 467 SALA 1411 - PARTE, CENTRO Niterói - RJ CEP 24.020-073, registro ANS nº 415774 , e classificada na modalidade Medicina de Grupo , indicando como seus Responsáveis pela área Técnica de Saúde ALESSANDRA DANTAS GOMES QUIRINO de CPF nº ***.106.301-** CRO nº 33816 e LUCÍLIO GONÇALVES SARAIVA de CPF nº ***.633.417-** CRM nº 503662, possui autorização de funcionamento concedida em 09/11/2012.

Quantidade de vínculos de beneficiários ativos: 41.721 na competência 11/2022

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 438654

Certidão emitida em 29/12/2022 17:15:56(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço <https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml>.

CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Certificamos que a operadora de planos de assistência à saúde com razão social S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA, CNPJ nº 27.113.113/0001-50 , situada à SCS QUADRA 03 BLOCO A 107 1º AND SL. 101 ED. ANTONIA A. P. DE SOUS, ASA SUL Brasília - DF CEP 70.303-907, registro ANS nº 420981 , e classificada na modalidade Medicina de Grupo , indicando como seus Responsáveis pela área Técnica de Saúde PAULO HENRIQUE DE FREITAS QUEIROZ de CPF nº ***.996.996-** CRO nº 1958 e NILDO HUMBERTO DE FREITAS QUEIROZ de CPF nº ***.231.911-** CRM nº 3172, possui autorização de funcionamento concedida em 26/06/2018.

Quantidade de vínculos de beneficiários ativos: 16.105 na competência 11/2022

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 438458

Certidão emitida em 21/12/2022 18:04:37(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço <https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml>.

CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Certificamos que a operadora de planos de assistência à saúde com razão social UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL NACIONAL DAS COOPERATIVAS ODONTÓLOGICAS, CNPJ nº 44.595.858/0001-11 , situada à RUA CORREIA DIAS 185 , PARAÍSO São Paulo - SP CEP 04.104-000, registro ANS nº 314315 , e classificada na modalidade Cooperativa odontológica , indicando como seu responsável pela área técnica de saúde JOSÉ ALVES DE SOUZA NETO de CPF nº ***.083.598-** CRO nº 42981, possui autorização de funcionamento concedida em 12/02/2007.

Quantidade de vínculos de beneficiários ativos: 74.654 na competência 11/2022

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 438656

Certidão emitida em 29/12/2022 17:22:36(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço <https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml>.

CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL DE OPERADORA OU DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Certificamos que a operadora de planos de assistência à saúde com razão social ODONT-OPERADORA ODONTOLOGICA LTDA, CNPJ nº 34.907.159/0001-06 , situada à ALAMEDA SANTOS 1165 , CERQUEIRA CESAR São Paulo - SP CEP 01.419-002, registro ANS nº 422088 , e classificada na modalidade Odontologia de Grupo , indicando como seu responsável pela área técnica de saúde MARYANNA NUNES FILGUEIRA de CPF nº ***.191.634-** CRO nº RN-CD-6096, possui autorização de funcionamento concedida em 18/03/2020.

Quantidade de vínculos de beneficiários ativos: 7.300 na competência 11/2022

Situação da Operadora: ATIVA e não encontra-se em regime de direção fiscal e nem em liquidação extrajudicial

Código de Controle da Certidão: 438655

Certidão emitida em 29/12/2022 17:18:12(Data e Hora de Brasília)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na internet, no endereço <https://www.ans.gov.br/cro-web/pages/verificarAutenticidadeDeComprovante.xhtml>.

Recibo Eletrônico de Protocolo - 21566119

Usuário Externo (signatário): FARIAS PEREIRA DE SOUSA
Data e Horário: 30/12/2022 14:54:52
Tipo de Peticionamento: Processo Novo
Número do Processo: 08007.005092/2022-80

Interessados:

FARIAS PEREIRA DE SOUSA

Protocolos dos Documentos (Número SEI):

- Documento Principal:

- Credenciamento Administradora de Planos de Saúde 21566114

- Documentos Essenciais:

- Proposta Comercial Proposta Comercial Allcare 21566116

- Documentação de Habilitação Documentos de Habilitação Allcare 21566117

Allcare

O Usuário Externo acima identificado foi previamente avisado que o peticionamento importa na aceitação dos termos e condições que regem o processo eletrônico, além do disposto no credenciamento prévio, e na assinatura dos documentos nato-digitais e declaração de que são autênticos os digitalizados, sendo responsável civil, penal e administrativamente pelo uso indevido. Ainda, foi avisado que os níveis de acesso indicados para os documentos estariam condicionados à análise por servidor público, que poderá alterá-los a qualquer momento sem necessidade de prévio aviso, e de que são de sua exclusiva responsabilidade:

- a conformidade entre os dados informados e os documentos;
- a conservação dos originais em papel de documentos digitalizados até que decaia o direito de revisão dos atos praticados no processo, para que, caso solicitado, sejam apresentados para qualquer tipo de conferência;
- a realização por meio eletrônico de todos os atos e comunicações processuais com o próprio Usuário Externo ou, por seu intermédio, com a entidade porventura representada;
- a observância de que os atos processuais se consideram realizados no dia e hora do recebimento pelo SEI, considerando-se tempestivos os praticados até as 23h59min59s do último dia do prazo, considerado sempre o horário oficial de Brasília, independente do fuso horário em que se encontre;
- a consulta periódica ao SEI, a fim de verificar o recebimento de intimações eletrônicas.

A existência deste Recibo, do processo e dos documentos acima indicados pode ser conferida no Portal na Internet do(a) Ministério da Justiça e Segurança Pública.



21633050



08007.005092/2022-80



Ministério da Justiça e Segurança Pública

Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 6º Andar, Sala 621 - Bairro Zona Cívico Administrativa,
Brasília/DF, CEP 70064-900<https://www.justica.gov.br>**NOTA TÉCNICA Nº 2/2023/DIPS/CDHO/CGGP/SAA/SE/MJ****PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08007.005090/2022-91****INTERESSADO: COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS****1. DO
OBJETO**

1.1. Trata-se da análise técnica da documentação enviada pela **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA** CNPJ 11.165.556/0001-54, nos termos do EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022, PROCESSO Nº 08007.006566/2019-13, republicado em 09/12/2022, no D.O.U. pág. 231, seção 3, tendo como objeto o Credenciamento de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar, com atendimento médico-hospitalar ou atendimento odontológico, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes.

2. DO PRAZO DE ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO

2.1. A administradora enviou a documentação dentro do prazo estipulado.

3. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

3.1. A forma de apresentação da documentação se deu em conformidade com o Edital nº 02/2022.

**4. DAS CONDIÇÕES PARA
PARTICIPAÇÃO**

4.1. A administradora atende às condições de participação previstas no Edital nº 02/2022.

5. DA PROPOSTA DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

5.1. Consta no documento SEI 21566114, a declaração de que a Administradora de Benefício ALLCARE apresentará, no ato da assinatura do Acordo de Parceria, os instrumentos celebrados entre a

Administradora e as operadoras de planos de assistência à saúde, nos termos do Edital e Anexos.

5.2. Verifica-se a apresentação de proposta de preços no documento SEI 21566116, onde constatamos a regularidade da proposta apresentada, no concernente ao tipo de contratação, segmentação de assistência, área de abrangência e preços, conforme Edital.

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. Em relação à habilitação, verificamos que:

6.1.1. Relativa à Habilitação Jurídica:

6.1.2. A documentação (SEI 21566117) apresentada, está em conformidade com as exigências do Edital N° 02/2022.

6.1.3. Relativa à Regularidade Fiscal:

6.1.3.1. A documentação (SEI 21566117) apresentada, está em conformidade com as exigências do Edital N° 02/2022.

6.1.4. Relativa à Qualificação Técnica:

6.1.4.1. A documentação (SEI 21566117) apresentada, está em conformidade com as exigências do Edital N° 02/2022.

6.1.5. Documentação complementar

6.1.5.1. Declaração, conforme parágrafo segundo do artigo 32 da Lei n.º 8.666/93, de que inexistente fato superveniente impeditivo da habilitação, conforme modelo constante do Anexo II do Projeto Básico;

6.1.5.1.1. Declaração firmada no FORMULÁRIO CREDENCIAMENTO (SEI 21566114).

6.1.5.2. Declaração que não emprega menor, conforme disposto no inciso V do artigo 27 da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854 de 27 de outubro de 1999, em cumprimento ao estabelecido no Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal, conforme modelo constante do Anexo III do Projeto Básico;

6.1.5.2.1. Declaração firmada no FORMULÁRIO CREDENCIAMENTO (SEI 21566114).

6.1.5.3. Declaração informando que os serviços serão prestados de acordo com os critérios legais de sustentabilidade ambiental, de acordo com a legislação aplicável, conforme Anexo IV do Projeto Básico.

6.1.5.3.1. Declaração firmada no FORMULÁRIO CREDENCIAMENTO (SEI 21566114).

7. CONCLUSÃO

7.1. Considerando a análise dos documentos enviados pela **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA** em observância aos Termos do Edital N° 02/2022 e seus Anexos, a Comissão Especial de Avaliação, designada pela Portaria CGGP/SAA/SE/MJSP N° 288, de 04/08/2021 (SEI 15425114), verificou que os documentos apresentados cumprem os requisitos de habilitação e de formalização da proposta, classificando-a como **HABILITADA** neste processo de Credenciamento.

Geovani Alexandre Marques Ferreira
Comissão Especial de Avaliação - Presidente

Alexandra Lacerda Ferreira Rios

Danielle Galdino Solouki

Comissão Especial de Avaliação - Membro



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Galdino Solouki, Assistente Social**, em 04/01/2023, às 08:39, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **GEOVANI ALEXANDRE MARQUES FERREIRA, Chefe da Divisão de Promoção à Saúde**, em 04/01/2023, às 11:33, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **21633050** e o código CRC **AF0A9179**. O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/aceso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.



**AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

REF.: EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022
PROCESSO N.º: 08007.006566/2019-13

Prezados Senhores, bom dia!

Tendo em vista o resultado de habilitação do Credenciamento nº 02/2022, publicado no Diário Oficial da União nesta data, cujo objeto é a contratação de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar, com atendimento médico-hospitalar ou atendimento odontológico, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes, vimos respeitosamente, **em respeito ao item 9.1 do Instrumento Convocatório, requerer vista dos autos do referido processo**, com a finalidade de obtenção de bem como cópia das propostas de preços das empresas habilitadas no presente processo, bem como sua documentação de habilitação.

Se possível, por favor, encaminhar a referida documentação digitalizada por e-mail ou disponibilizar via SEI, informando o caminho para consulta aos arquivos disponibilizados (em especial as propostas das referidas empresas).

Para contato telefônico acrescento ainda os celulares em destaque - (61) 99528-3704 e/ou (61) 98593-9155 – Renata Danesi.

Atenciosamente,

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF: 11.165.556/0001-54
RENATA ADRIANA COSTA DANESI
GERENTE EXECUTIVO DE LICITAÇÕES
CPF: 288.124.988-41

ANS - nº 41745-9

Recibo Eletrônico de Protocolo - 21743162

Usuário Externo (signatário):	FARIAS PEREIRA DE SOUSA
Data e Horário:	06/01/2023 11:42:44
Tipo de Peticionamento:	Intercorrente
Número do Processo:	08007.005092/2022-80
Interessados:	FARIAS PEREIRA DE SOUSA
Protocolos dos Documentos (Número SEI):	
- Petição vista dos autos	21743161

O Usuário Externo acima identificado foi previamente avisado que o peticionamento importa na aceitação dos termos e condições que regem o processo eletrônico, além do disposto no credenciamento prévio, e na assinatura dos documentos nato-digitais e declaração de que são autênticos os digitalizados, sendo responsável civil, penal e administrativamente pelo uso indevido. Ainda, foi avisado que os níveis de acesso indicados para os documentos estariam condicionados à análise por servidor público, que poderá alterá-los a qualquer momento sem necessidade de prévio aviso, e de que são de sua exclusiva responsabilidade:

- a conformidade entre os dados informados e os documentos;
- a conservação dos originais em papel de documentos digitalizados até que decaia o direito de revisão dos atos praticados no processo, para que, caso solicitado, sejam apresentados para qualquer tipo de conferência;
- a realização por meio eletrônico de todos os atos e comunicações processuais com o próprio Usuário Externo ou, por seu intermédio, com a entidade porventura representada;
- a observância de que os atos processuais se consideram realizados no dia e hora do recebimento pelo SEI, considerando-se tempestivos os praticados até as 23h59min59s do último dia do prazo, considerado sempre o horário oficial de Brasília, independente do fuso horário em que se encontre;
- a consulta periódica ao SEI, a fim de verificar o recebimento de intimações eletrônicas.

A existência deste Recibo, do processo e dos documentos acima indicados pode ser conferida no Portal na Internet do(a) Ministério da Justiça e Segurança Pública.