



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



ACORDO DE COOPERAÇÃO nº 2.769

O **CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**, Autarquia Federal, instituído pela Lei nº 3.820/60 com sede na Rua Capote Valente, 487, CEP 05.409-001, São Paulo - SP, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 60.975.075/0001-10, neste ato representado por seu Presidente, Dr. Marcelo Polacow Bisson, brasileiro, [REDACTED] farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob nº 13.573, portador da cédula de identidade RG nº [REDACTED] e inscrito no CPF/MF sob o nº [REDACTED] e por sua Diretora Tesoureira, Dra. Danyelle Cristine Marini, brasileira, [REDACTED] farmacêutica, inscrita no CRF/SP sob nº 25.937, portadora da cédula de identidade RG nº [REDACTED] e inscrita no CPF/MF sob o nº [REDACTED] doravante denominado simplesmente CRF-SP e de outro lado a **G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 16.692.996/0001-83, com sede na Rua da Assembleia nº 10, salas 2001 a 2003, Centro, Rio de Janeiro-RJ – CEP 20.011-901, neste ato representado por seu Sócio Diretor, Sr. Sérgio Bastos Guimarães, brasileiro, [REDACTED] portador da Cédula de Identidade RG nº [REDACTED] inscrito no CPF/MF sob o nº [REDACTED] e por seu Sócio Diretor, Sr. Fabrício de Sena Pereira, brasileiro, [REDACTED] portador da Cédula de Identidade RG nº [REDACTED] inscrito no CPF/MF sob o nº [REDACTED] doravante denominado simplesmente COOPERANTE, têm certo e ajustado o presente termo, o qual será regido pelas cláusulas e condições a seguir descritas com inteira submissão às disposições legais que regem a espécie.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. As partes pactuam o presente ACORDO DE COOPERAÇÃO, com a finalidade de a COOPERANTE, na condição de administradora de benefícios junto ao CRF-SP, na forma do artigo 2º, da RN 196/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, atuar como representante na contratação de planos privados de assistência à saúde coletivos das Operadoras de Plano de Saúde SEGUROS UNIMED, UNIHOSP e AMIL, a serem disponibilizados ao universo de beneficiários vinculados ao CRF-SP.

1.2. A previsão do item 1.1 alcança todos os farmacêuticos regularmente inscritos no CRF/SP e seus dependentes legais;

1.3. Não é garantida exclusividade.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

2.1. O CRF-SP se obriga a:

a) Divulgar a parceria em todos os seus meios de comunicação, conforme sua conveniência;

Conferido pela Consultoria Jurídica
do CRF-SP

[REDACTED]
Leandro Funchal Pescuma
OAB/SP nº 315.339

CRF-SP nº 2.769

Rua Capote Valente, 487 • Jd. América • CEP 05409-001 • São Paulo/SP
Tel: (11) 3067-1450 • Fax: (11) 3064-8973 • www.crfsp.org.br • intimacoes@crfsp.org.br

1

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



- b) Fiscalizar a correta execução do acordado entre as partes, sem excluir, com isso, a responsabilidade da COOPERANTE pela execução do item 1.1;
- c) Disponibilizar em seu portal um *banner*, fornecido pela COOPERANTE, como meio alternativo de propiciar a inscrição dos beneficiários;
- d) Não utilizar a marca – inclusive o logotipo – sem a autorização prévia e por escrito da COOPERANTE.

2.2. A COOPERANTE se obriga a:

- a) Responsabilizar-se integralmente pelo objeto descrito na Cláusula Primeira;
- b) Disponibilizar os meios de contato necessários para execução objeto do presente ajuste, dentre os quais: [REDACTED] ou [REDACTED] (para reclamações)
- c) Responsabilizar-se pelo pessoal que empregar, direta ou indiretamente, à execução da cláusula primeira, correndo por conta exclusiva da COOPERANTE todas as despesas com este pessoal, decorrentes da legislação trabalhista, previdenciária, securitária ou qualquer outra em vigor, sendo que estes empregados não terão qualquer vínculo empregatício com o CRF/SP;
- d) Não divulgar qualquer informação sigilosa do CRF/SP que por ventura tenha acesso em virtude dessa parceria;
- e) Não utilizar a marca – inclusive o logotipo do CRF/SP-PAF – sem a autorização prévia e por escrito do CRF/SP;
- f) Responsabilizar-se por todos os danos causados a terceiros em decorrência da conduta, culposa ou dolosa, de seus prepostos no exercício dessa parceria;
- g) A instituição compromete-se a se manter regular perante todos os órgãos e entidades em que deva ser inscrita e obter licenças e/ou alvarás de funcionamento, respeitando todas as normas legais inerentes à sua atividade e isentando o CRF-SP de qualquer responsabilidade decorrente desta;
- h) A COOPERANTE tem o direito de alterar os preços de tabela ou condições dos pacotes a qualquer momento, desde que, previamente comunicado ao CRF/SP com antecedência de 10 (dez) dias.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

Conferido pela Consultoria Jurídica
do CRF-SP

CRF-SP nº 2.769

2

[REDACTED]
Leandro Funchali Pescuma
OAB/SP nº 315.339

Rua Capote Valente, 487 • Jd. América • CEP 05409-001 • São Paulo/SP
Tel: (11) 3067-1450 • Fax: (11) 3064-8973 • www.crfsp.org.br • intimacoes@crfsp.org.br





3.1. O presente instrumento terá validade pelo período de 01 (um) ano a contar da data de assinatura do presente, podendo ser prorrogado, alterado ou adequado, de comum acordo entre as partes, por intermédio de assinatura de termo aditivo.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESCISÃO

4.1. O presente ajuste poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, independente de interpelação judicial ou extrajudicial:

- a) por decisão bilateral: as duas partes, de comum acordo, optam por encerrar a parceria;
- b) por decisão unilateral, mediante denúncia/aviso por escrito da parte interessada, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- c) por descumprimento de alguma obrigação prevista na Cláusula Segunda;
- d) por caso fortuito ou força maior.

4.2. Nas obrigações de trato sucessivo, a COOPERANTE se compromete a manter o benefício descrito no item 1.1 e item 2.2, alínea “a” pelo período contratado entre ele e o beneficiário, sem qualquer ônus ou obrigação para o CRF/SP, independente do término desta parceria.

CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Os casos omissos serão tratados pelas partes em conjunto e revoga-se qualquer disposição contrária anterior firmada entre as partes.

5.2. Qualquer tolerância das partes em não exigir o fiel cumprimento dos termos e condições desta parceria, ou no exercício de prerrogativas dela decorrentes, não constituirá novação ou renúncia, tampouco revogará o direito da parte de exigi-las a qualquer tempo.

5.3. As Partes e/ou seus representantes declaram, neste ato, que possuem plenos poderes para celebrar o presente termo, respondendo civil e criminalmente por tal declaração.

5.4. Nenhuma das Partes poderá ceder seus direitos e obrigações decorrentes desta parceria sem o consentimento prévio e por escrito da outra parte.

5.5. O encerramento da parceria, seja pelo término do prazo previsto no item 3.1. ou por alguma das hipóteses da cláusula quarta, cessa as obrigações e direitos estabelecidos no presente termo, sobretudo

Conferido pela Consultoria Jurídica
do CRF-SP

CRF-SP nº 2.769

3

Leandro Funchal Pescuma
OAB/SP nº 315.339

Rua Capote Valente, 487 • Jd. América • CEP 05409-001 • São Paulo/SP
Tel: (11) 3067-1450 • Fax: (11) 3064-8973 • www.crfsp.org.br • intimacoes@crfsp.org.br





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



a possibilidade de utilização das marcas das partes, sob pena de configurar uso indevido e gerar a responsabilização do infrator, com a consequente, obrigação de suportar eventuais indenizações.

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

6.1. As partes elegem desde já a Justiça Federal – Seção Judiciária de São Paulo - como única e competente para dirimir qualquer questão oriunda deste instrumento que não possa ser solucionada administrativamente, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA

7.1. As partes aqui descritas possuem ciência e desde já concordam que a minuta deste instrumento será divulgada no Portal da Transparência do CRF-SP.

E para validade do que ora se pactua, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só e único fim, juntamente com as testemunhas presentes ao ato.

São Paulo, 24 de maio de 2022

[Redacted Signature]
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Dr. Marcelo Polacow Bisson
Presidente

[Redacted Signature]
Dra. Danyelle Cristine Marini
Diretora Tesoureira

[Redacted Signature]
G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
Representantes

TESTEMUNHAS:
[Redacted Signature]

NOME: _____

NOME: _____

CPF: _____

CPF: _____

Folha de Assinaturas:
Acordo de Cooperação firmado entre Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo e G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA em 24 de maio de 2022.

Conferido pela Consultoria Jurídica
do CRF-SP

[Redacted Signature]
Leandro Funchal Pescuma
OAB/SP nº 315.339

CRF-SP nº 2.769

Rua Capote Valente, 487 • Jd. América • CEP 05409-001 • São Paulo/SP
Tel: (11) 3067-1450 • Fax: (11) 3064-8973 • www.crfsp.org.br • intimacoes@crfsp.org.br

Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento



Página de assinaturas

[REDACTED]
Aparecida Santos
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Leandro Pescuma
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Danyelle Marini
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Marcelo Bisson
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Sérgio Guimarães
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Fabricio pereira
[REDACTED]
Signatário

HISTÓRICO

- 24 mai 2022 12:58:29  **Aparecida Gonçalves dos Santos** criou este documento. (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED])
- 24 mai 2022 12:58:43  **Aparecida Gonçalves dos Santos** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 24 mai 2022 12:58:48  **Aparecida Gonçalves dos Santos** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 24 mai 2022 13:56:04  **Leandro Funchal Pescuma** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.



Identificação: [REDACTED]

- 24 mai 2022**
13:56:10  **Leandro Funchal Pescuma** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 27 mai 2022**
11:26:06  **Danyelle Cristine Marini** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 27 mai 2022**
11:26:10  **Danyelle Cristine Marini** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 30 mai 2022**
13:15:20  **Marcelo Polacow Bisson** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 30 mai 2022**
13:15:23  **Marcelo Polacow Bisson** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 31 mai 2022**
16:25:02  **Sérgio Bastos Guimarães** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED]
- 31 mai 2022**
16:27:24  **Sérgio Bastos Guimarães** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED]
- 01 jun 2022**
14:50:08  **Fabricio de Sena pereira** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 01 jun 2022**
14:54:53  **Fabricio de Sena pereira** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

1º ADITIVO AO ACORDO DE COOPERAÇÃO nº 2.769
(CRF-SP nº 2.779)

O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO de um lado, Autarquia Federal, instituído pela Lei Federal nº 3.820/60, com sede na Rua Capote Valente, 487, São Paulo/SP, CEP 05.409-001, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 60.975.075/0001-10, neste ato representado por seu Presidente, Dr. Marcelo Polacow Bisson, brasileiro, [REDACTED] farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob nº 13.573, portador da cédula de identidade RG nº [REDACTED] e inscrito no CPF/MF sob o nº [REDACTED] e por sua Diretora Tesoureira, Dra. Danyelle Cristine Marini, brasileira, [REDACTED] farmacêutica, inscrita no CRF/SP sob nº 25.937, portadora da cédula de identidade RG nº [REDACTED] e inscrita no CPF/MF sob o nº [REDACTED] doravante denominado simplesmente CRF-SP, e de outro lado o(a) **G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 16.692.996/0001-83, com sede na Rua da Assembleia nº 10, salas 2001 a 2003, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.011-901, neste ato representado por seu Sócio Diretor, Sr. Sérgio Bastos Guimarães, brasileiro, [REDACTED] portador da Cédula de Identidade RG nº [REDACTED] inscrito no CPF/MF sob o nº [REDACTED] e por seu Sócio Diretor, Sr. Fabrício de Sena Pereira, brasileiro, [REDACTED] portador da Cédula de Identidade RG nº [REDACTED] inscrito no CPF/MF sob o nº [REDACTED] doravante denominado simplesmente COOPERANTE, resolvem aditar o **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, para o fim de:

- 1) Alterar a Cláusula 1ª, item 1.1, ampliando a atuação da G2C Administradora de Benefícios, na qualidade de estipulante, na contratação de planos privados de assistência à saúde coletivos, junto às operadoras Unimed São José do Rio Preto, Unimed São Carlos e OdontoPREV.
- 2) Ratificar as demais Cláusulas e condições do compromisso originário, aqui não expressamente alteradas ou modificadas.

E por estarem, assim, justas e contratadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo nomeadas e assinadas.

São Paulo, 02 de junho de 2022.

[REDACTED]
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Dr. Marcelo Polacow Bisson
Presidente

[REDACTED]
Dra. Danyelle Cristine Marini
Diretora Tesoureira

[REDACTED]
[REDACTED]
G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
Representantes

Testemunhas:

Nome:
CPF nº

Nome:
CPF nº

Conferido pela Consultoria Jurídica
do CRF-SP

CRF-SP nº 2.779

[REDACTED]
Leandro Funchal Pescuma

Rua Capote Valente, 487 • Jd. América • CEP 05409-001 • São Paulo/SP
Tel: (11) 3067-1450 • Fax: (11) 3064-8973 • www.crfsp.org.br • intimacoes@crfsp.org.br

OAB/SP nº 315.339

Página de assinaturas

[REDACTED]
Aparecida Santos
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Leandro Pescuma
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Danyelle Marini
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Marcelo Bisson
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Sérgio Guimarães
[REDACTED]
Signatário










[REDACTED]
Fabricio pereira
[REDACTED]
Signatário

HISTÓRICO

- 07 jun 2022 09:36:46 **Aparecida Gonçalves dos Santos** criou este documento. (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED])
- 07 jun 2022 09:36:50 **Aparecida Gonçalves dos Santos** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 07 jun 2022 09:36:56 **Aparecida Gonçalves dos Santos** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 07 jun 2022 09:53:19 **Leandro Funchal Pescuma** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.



Identificação: [REDACTED]

- 07 jun 2022**
09:53:22  **Leandro Funchal Pescuma** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 08 jun 2022**
18:10:37  **Danyelle Cristine Marini** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 09 jun 2022**
16:57:43  **Danyelle Cristine Marini** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 07 jun 2022**
15:33:45  **Marcelo Polacow Bisson** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 11 jun 2022**
09:49:25  **Marcelo Polacow Bisson** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 12 jun 2022**
06:16:56  **Sérgio Bastos Guimarães** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Portugal.
- 12 jun 2022**
06:17:03  **Sérgio Bastos Guimarães** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Portugal.
- 05 jul 2022**
16:57:16  **Fabricio de Sena pereira** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.
- 05 jul 2022**
16:57:16  **Fabricio de Sena pereira** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brasil.



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**2º ADITIVO AO ACORDO DE COOPERAÇÃO nº 2.769
(CRF-SP nº 3.045)**

O **CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO** de um lado, Autarquia instituída pela Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 60.975.075/0001-10, com sede na Rua Capote Valente, 487, São Paulo/SP, CEP 05.409-001, neste ato representado por seu Presidente, Dr. Marcelo Polacow Bisson, e por sua Diretora Tesoureira, Dra. Danyelle Cristine Marini, nomeados conforme Deliberação CRF-SP nº 19/2021, doravante denominado simplesmente CRF-SP, e de outro lado o(a) **G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 16.692.996/0001-83, com sede na Rua da Assembleia nº 10, salas 2001 a 2003, Centro, Rio de Janeiro-RJ – CEP 20.011-901, neste ato representado por seu Sócio Diretor, Sr. Sérgio Bastos Guimarães, e por seu Sócio Diretor, Sr. Fabrício de Sena Pereira, qualificados conforme atos constitutivos da empresa, doravante denominado simplesmente COOPERANTE, resolvem aditar o contrato, para o fim de:

- 1) Alterar a Cláusula Terceira, prorrogando a vigência do Acordo de Cooperação por 01 (um) ano, com início em 24/05/2023 e término em 23/05/2024.
- 2) Ratificar as demais Cláusulas e condições do compromisso originário, aqui não expressamente alteradas ou modificadas.

E por estarem, assim, justas e contratadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo nomeadas e assinadas.

São Paulo, 24 de maio de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Dr. Marcelo Polacow Bisson
Presidente

Dra. Danyelle Cristine Marini
Diretora Tesoureira

G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
Representantes

Testemunhas:

Aparecida Santos

Assinado eletronicamente

Débora Rodrigues Ribeiro

Conferido pela Consultoria Jurídica
do CRE-SP

CRF-SP nº 3.045

OAB/SP nº 315.339

Rua Capote Valente, 487 • Jd. América • CEP 05409-001 • São Paulo/SP
Tel: (11) 3067-1450 • Fax: (11) 3064-8973 • www.crfsp.org.br



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento

Página de assinaturas

[REDACTED]
Aparecida Santos
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Leandro Pescuma
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Marcelo Bisson
[REDACTED]
Signatário

Assinado eletronicamente
Débora Ribeiro
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Sérgio Guimarães
[REDACTED]
Signatário

[REDACTED]
Danyelle Marini
[REDACTED]
Signatário

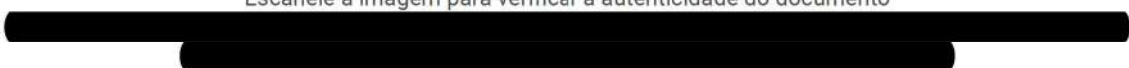
[REDACTED]
Fabricio pereira
[REDACTED]
Signatário

HISTÓRICO

31 mai 2023



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento



Identificação: [REDACTED]

- 16:03:25  **Aparecida Gonçalves dos Santos** criou este documento. (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED])
- 31 mai 2023 16:03:26  **Aparecida Gonçalves dos Santos** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 16:03:31  **Aparecida Gonçalves dos Santos** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 16:03:54  **Leandro Funchal Pescuma** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 16:03:57  **Leandro Funchal Pescuma** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 01 jun 2023 17:18:51  **Danyelle Cristine Marini** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 01 jun 2023 17:18:57  **Danyelle Cristine Marini** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 17:17:46  **Marcelo Polacow Bisson** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 17:17:50  **Marcelo Polacow Bisson** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 18:05:04  **Débora Rodrigues Ribeiro** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 18:06:55  **Débora Rodrigues Ribeiro** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 27 jun 2023 17:40:54  **Fabricio de Sena pereira** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 27 jun 2023 17:40:54  **Fabricio de Sena pereira** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Brazil
- 31 mai 2023 18:24:06  **Sérgio Bastos Guimarães** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) visualizou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Portugal
- 31 mai 2023 18:24:50  **Sérgio Bastos Guimarães** (E-mail: [REDACTED] CPF: [REDACTED]) assinou este documento por meio do [REDACTED] localizado [REDACTED] Portugal



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento





www.unimedriopreto.com.br
 Avenida Bady Bassitt, 3877
 15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP
 T. (17) 3202-1223

INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1. DAS PARTES:

1.1. Celebra(m) o presente instrumento, na qualidade de CONTRATANTE(S), a(s) pessoa(s) jurídica(s) abaixo qualificada(s):

CONTRATADA: UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO COOPERATIVA DO TRABALHO MÉDICO, devidamente constituída, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 335100, inscrita no CNPJ nº 45.100.138/0001-09, com sede na Avenida Bady Bassitt, 3877, Vila Imperial, CEP nº 15015-700, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CONTRATANTE: G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob nº 16.692.996/0001-83, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº419443, com sede na RUA DA ASSEMBLEIA, Nº 10, SALA 2001 A 2003 CENTRO, RIO DE JANEIRO – RJ, CEP 20011-000, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**.

| SUBESTIPULANTE | |
|--|-----------------------|
| RAZÃO SOCIAL: CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO | |
| NOME FANTASIA: ***** | |
| CNPJ: 60.975.075/0001-10 | INSC. ESTADUAL: |
| ENDEREÇO: RUA CAPOTE VALENTE | |
| Nº: 487 | COMPLEMENTO: 1º ANDAR |
| BAIRRO: PINHEIROS | CEP: 05.409-001 |
| MUNICÍPIO: SÃO PAULO | UF: SP |
| REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS): | |



www.unimedriopreto.com.br
 Avenida Bady Bassitt, 3877
 15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP
 T. (17) 3202-1223

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| NOME: MARCELO POLACOW BISSON | CARGO: PRESIDENTE |
| RG nº: [REDACTED] | CPF: [REDACTED] |
| NOME: DANYELLE CRISTINE MARINI | CARGO: DIRETORA TESOUREIRA |
| RG nº: [REDACTED] | CPF: [REDACTED] |

2. DOS PRODUTOS CONTRATADOS

2.1. Por este instrumento, a(s) SUBESTIPULANTE (S) opta(m) pelos seguintes produtos do contrato firmado entre a CONTRATANTE E CONTRATADA, registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme especificações (Anexo I) do presente temo.

Anexo I:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.509/17-6
 Company 50 – Enfermaria – Grupo de Municípios

Anexo II:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.510/17-0
 Company 50 – Apartamento – Grupo de Municípios

Anexo III:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.511/17-8
 Company 30 – Apartamento – Grupo de Municípios

Anexo IV:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.516/17-9
 Company 30 – Enfermaria – Grupo de Municípios

Anexo V:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.723/17-4
 Company 50 – Apartamento – Estadual

Anexo VI:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.722/17-6
 Company 30 – Apartamento – Estadual

Anexo VII:

DS
 [REDACTED]

DS
 [REDACTED]

DS
 [REDACTED]



www.unimedriopreto.com.br
Avenida Bady Bassitt, 3877
15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP
T. (17) 3202-1223

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.721/17-8
Company 30 – Enfermaria – Estadual

Anexo VIII:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.724/17-2
Company 50 – Enfermaria – Estadual

Anexo IX:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.732/17-3
Company 50 – Enfermaria – Nacional

Anexo X:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.733/17-1
Company 50 – Apartamento – Nacional

Anexo XI:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.731/17-5
Company 30 – Apartamento – Nacional

Anexo XII:

Produto Registrado na ANS sob o nº 478.730/17-7
Company 30 – Enfermaria – Nacional

2.2. Cada produto contratado relacionado acima possui um anexo específico, cópia do contrato e proposta de adesão firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, no qual estão presentes todas as condições previamente registradas na ANS, que deverá ser entregue pela CONTRATANTE a SUBESTIPULANTE acompanhado do guia de leitura contratual e manual de contratação de plano de saúde.

2.2.1. A(s) SUBESTIPULANTE declara(am) que recebeu(ram) todos os anexos acima citados.

3. DA LEGITIMIDADE

3.1 Serão considerados beneficiários do contrato firmado entre a CONTRATADA e a CONTRATANTE, todas as pessoas naturais que mantiverem vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com as SUBESTIPULANTES, nos termos do art. 9º da RN Nº 195/2009 e, seus respectivos dependentes mediante apresentação de documentação comprobatória do vínculo.

[REDACTED SIGNATURE]



www.unimedriopreto.com.br
Avenida Bady Bassitt, 3877
15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP
T. (17) 3202-1223

3.2 Caberá a CONTRATANTE formalizar a participação das pessoas jurídicas no contrato por esta estipulado, replicando as condições estabelecidas nos contratos de planos privados de assistência à saúde.

3.3 A inclusão da SUBESTIPULANTE no contrato firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA fica condicionado a prévia validação de legitimidade da SUBESTIPULANTE pela CONTRATADA.

3.4 Fica estabelecido entre as partes, **CONTRATANTE** e **SUBESTIPULANTE**, que considera-se elegíveis para fins de adesão ao contrato de plano de saúde, as seguintes categorias de associados: - Profissionais de atividades farmacêuticas comprovado com holerite, que possuam comprovação do vínculo profissional com a categoria representada, o que é exigido pela regulamentação vigente, conforme art. 9º da RN 195/09. Devendo-se respeitar a comercialização dentro da área de ação definida pela Unimed Rio Preto. Fica vedada a inclusão de associados que não possuem vínculo comprobatório com as categorias supracitadas.

4. DAS INCLUSÕES:

4.1. Serão considerados beneficiários do contrato firmado entre a CONTRATADA e a CONTRATANTE-ESTIPULANTE, todas as pessoas naturais que mantiverem vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com as SUBESTIPULANTES, nos termos do art. 9º da RN Nº 195/2009 e, seus respectivos dependentes mediante apresentação de documentação comprobatória do vínculo, respeitando-se as previsões contratuais dos produtos contratados.

4.2. Serão considerados como Beneficiários dependentes, além daqueles citados no item 4 descritos nas cláusulas contratuais dos produtos contratados, os (as) netos consanguíneos (as) solteiros (as), dependente (s) economicamente do Titular, enquanto esse último participe do Plano

5. DOS PREÇOS:

5.1. Cada produto contratado relacionado acima possui uma tabela de preço específica, que deverá ser entregue pela CONTRATANTE a SUBESTIPULANTE.

[REDACTED] DS [REDACTED] DS



www.unimedriopreto.com.br
Avenida Bady Bassitt, 3877
15015-700 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP
T. (17) 3202-1223

5.2. Fica estabelecido que, para os produtos coparticipativos, a regra a ser observada será a constante no contrato e proposta de adesão comercializado, sendo os valores de coparticipação reajustados, conforme as regras contidas em cada produto.

6. DOS REAJUSTES:

5.1. Para fins de aplicação de reajuste anual, considerar-se-á a data base de reajuste acordada entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA.

São José do Rio Preto, 19 de maio de 2023.

CONTRATADA: UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO

DocuSigned by:
[REDACTED]
Dr. José Luis Cr...
Diretor Presidente

DocuSigned by:
[REDACTED]
Dr. Jose Luis Esteve...
Vice-Presidente

DocuSigned by:
[REDACTED]
CONTRATANTE: G2C ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

DocuSigned by:
[REDACTED]
DocuSigned by:
[REDACTED]
SUBESTIPULANTE: CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

TESTEMUNHAS:

DocuSigned by:
[REDACTED]
Nome: Wanderson Oliveira
CPF: [REDACTED]

DocuSigned by:
[REDACTED]
Nome: Aparecida Gonçalves dos Santos
CPF: [REDACTED]

DocuSigned by:
[REDACTED]
Nome: Leandro Funchal Pescuma
OAB: 315.339

DocuSigned by:
[REDACTED]
Nome: Jose Humberto Calazans
CPF: [REDACTED]

Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: [REDACTED] Status: Concluído

Assunto: Complete com a DocuSign: CRF SP_termo de restrição_instrumento de comercialização_administrador...

Envelope fonte:

| | | |
|---|----------------|-------------------------------------|
| Documentar páginas: 5 | Assinaturas: 7 | Remetente do envelope: |
| Certificar páginas: 6 | Rubrica: 12 | Jennifer Prieto Cardoso de Souza |
| Assinatura guiada: Ativado | | AVENIDA BADY BASSITT, 3877 - CENTRO |
| Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado | | SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP 15015 |
| Fuso horário: (UTC-03:00) Brasilia | | [REDACTED] |
| | | Endereço IP: [REDACTED] |

Rastreamento de registros

Status: Original Portador: Jennifer Prieto Cardoso de Souza Local: DocuSign

19/05/2023 08:48:06 [REDACTED]

Eventos do signatário

Jose Humberto Calazans
[REDACTED]

Analista de Gestão de Contratos
Unimed São José do Rio Preto Cooperativa do
Trabalho Médico
Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta
(Nenhuma)

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
Não oferecido através do DocuSign

Assinatura

DocuSigned by:
[REDACTED]

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: [REDACTED]

Registro de hora e data

Enviado: 19/05/2023 09:02:45
Visualizado: 19/05/2023 11:06:07
Assinado: 19/05/2023 11:06:20

Wanderson Oliveira
[REDACTED]

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

DocuSigned by:
[REDACTED]

Adoção de assinatura: Imagem de assinatura
carregada
Usando endereço IP: [REDACTED]

Enviado: 19/05/2023 11:06:26
Visualizado: 19/05/2023 11:54:44
Assinado: 19/05/2023 11:55:52

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
Aceito: 19/05/2023 11:54:44
ID: [REDACTED]

Leandro Funchal Pescuma
[REDACTED]

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

DocuSigned by:
[REDACTED]

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: [REDACTED]

Enviado: 19/05/2023 11:55:57
Visualizado: 22/05/2023 13:15:54
Assinado: 22/05/2023 13:17:27

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
Aceito: 22/05/2023 13:15:54
ID: [REDACTED]

Aparecida Gonçalves dos Santos
[REDACTED]

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

DocuSigned by:
[REDACTED]

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP: [REDACTED]

Enviado: 22/05/2023 13:17:32
Reenviado: 25/05/2023 08:22:12
Visualizado: 25/05/2023 08:23:03
Assinado: 25/05/2023 08:23:19

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:
Aceito: 22/05/2023 13:18:26
ID: [REDACTED]

| Eventos do signatário | Assinatura | Registro de hora e data |
|--|--|--|
| <p>Danyelle Cristine Marini</p> <p>Diretora Tesoureira</p> <p>Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 25/05/2023 08:49:00 ID: [REDACTED]</p> | <p>DocuSigned by:</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado</p> <p>Usando endereço IP: [REDACTED]</p> | <p>Enviado: 25/05/2023 08:23:23</p> <p>Visualizado: 25/05/2023 08:49:00</p> <p>Assinado: 25/05/2023 08:49:43</p> |
| <p>Marcelo Polacow Bisson</p> <p>Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 29/05/2023 16:46:42 ID: [REDACTED]</p> | <p>DocuSigned by:</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Adoção de assinatura: Desenhado no dispositivo</p> <p>Usando endereço IP: 200.229.234.2</p> | <p>Enviado: 25/05/2023 08:49:48</p> <p>Visualizado: 29/05/2023 16:46:42</p> <p>Assinado: 29/05/2023 16:47:36</p> |
| <p>Sérgio Guimarães</p> <p>Sócio diretor</p> <p>Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Aceito: 27/09/2021 12:38:36 ID: [REDACTED]</p> | <p>DocuSigned by:</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Adoção de assinatura: Desenhado no dispositivo</p> <p>Usando endereço IP: [REDACTED]</p> <p>Assinado com o uso do celular</p> | <p>Enviado: 29/05/2023 16:47:42</p> <p>Visualizado: 29/05/2023 19:52:06</p> <p>Assinado: 29/05/2023 19:52:58</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>Lorraine dos Santos Moreira</p> <p>Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico: Não oferecido através do DocuSign</p> | <p>Copiado</p> | <p>Enviado: 29/05/2023 19:53:04</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 | 19/05/2023 09:02:45 |
| Envelope atualizado | Segurança verificada | 19/05/2023 09:28:52 |
| Entrega certificada | Segurança verificada | 29/05/2023 19:52:06 |

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

| | | |
|----------------------|----------------------|---------------------|
| Assinatura concluída | Segurança verificada | 29/05/2023 19:52:58 |
| Concluído | Segurança verificada | 29/05/2023 19:53:04 |

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

| |
|---|
| Termos de Assinatura e Registro Eletrônico |
|---|

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: [REDACTED]

To advise UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at [REDACTED] and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to [REDACTED] and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;

ii. send us an email to [REDACTED] and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. 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..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: [REDACTED]
[REDACTED]

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures', you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO during the course of your relationship with UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO.