# ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES

Pelo presente instrumento, de um lado **ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA À SAUDE DOS MEMBROS DO MINISTERIO PUBLICO DO PARANÁ**, na modalidade Autogestão, com sede na Rua Mateus Leme, 2018, 2º Andar, Centro Cívico, em Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.049.486/0001-31, registro na ANS sob o nº 41.861-7, por seu representante legal infra assinado, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 78.339.439/0001-30, operadora de plano privado de assistência à saúde registrada na ANS sob o nº 31.272-0, na modalidade cooperativa médica, com sede na Rua Antonio Camilo, 283, Tarumã, Curitiba/PR, neste ato representada por seus representantes legais, infra-assinados, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, celebram o presente **ADITIVO DE CORRESPONSABILIDADE PELA GESTÃO DE RISCOS EM ATENDIMENTO DE BENEFICIÁRIOS DO INTERCÂMBIO HABITUAL NA MODALIDADE DE PREÇOS PÓS-ESTABELECIDO**, por força do que dispõe o artigo 6°, da Resolução Normativa ANS nº 430, de 7 de dezembro de 2017, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições.

## I. DO OBJETO

1. Tem o presente aditivo o objetivo de estabelecer condições aplicáveis à corresponsabilidade pela gestão de riscos em atendimento de beneficiários.

2. Entende-se por compartilhamento de riscos a assunção pelas operadoras, de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários da **CONTRATANTE,** de forma continuada.

3. A corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento aqui formalizada constitui a operação pela qual a **CONTRATADA** disponibiliza aos beneficiários da **CONTRATANTE,** acesso continuado aos serviços oferecidos por sua rede prestadora de serviços de assistência à saúde.

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ Gestão Mercado

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ Assessoria Jurídica

## II. DA TRANSFERÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS

1. Pelo presente aditivo, a **CONTRATADA** se compromete a fornecer atendimento aos beneficiários da **CONTRATANTE** devidamente informados através de arquivo eletrônico, sistema WEB ou outra forma disponibilizada pela **CONTRATADA,** sendo estabelecido como início do compartilhamento o primeiro dia útil do mês subsequente..

2. Os beneficiários da **CONTRATANTE** previamente informados, ainda que atendidos pela **CONTRATADA** permanecerão vinculados à **CONTRATANTE** para todos os fins, inclusive regulatórios, não havendo sob qualquer hipótese, transferência de responsabilidade em relação às exigências estabelecidas pela ANS.

3. As exclusões deverão ser comunicadas imediatamente à **CONTRATADA** através de arquivo eletrônico, sistema WEB ou outra forma disponibilizada pela **CONTRATADA** e, serão processadas na mesma data do recebimento.

4. As partes se obrigam a observar estritamente a legislação regulatória vigente, inclusive no que tange ao envio das informações no Padrão para Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) vigente.

## III. DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

1. A **CONTRATANTE** deverá:

a. Prestar todas as informações para a ANS em relação aos beneficiários em compartilhamento de riscos;

b. Informar aos beneficiários em compartilhamento de riscos sobre a prestação dos serviços pela **CONTRATADA**, comunicando em linguagem clara e acessível sobre todos os procedimentos para obtenção do acesso aos serviços de assistência à saúde;

c. Providenciar o material necessário para que seus beneficiários obtenham acesso aos serviços de assistência à saúde pela **CONTRATADA**, fornecendo, inclusive, o cartão de identificação do beneficiário, incluindo o nome fantasia e o número de registro ANS da **CONTRATADA**; e

d. Informar à **CONTRATADA** o tipo de contratação, segmentação assistencial, padrão de acomodação e a regulamentação (contrato não regulamentado ou contrato

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ Gestão Mercado

regulamentado) dos planos de saúde de todos os beneficiários em compartilhamento de riscos.

2. A **CONTRATANTE** responderá por todas as ações resultantes da atividade fiscalizatória do órgão regulador, bem como pelas demandas de reclamação, incluindo as notificações de intermediação preliminar (NIP) de qualquer natureza e autos de infração, referentes aos beneficiários em compartilhamento.

## IV. DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

1. A **CONTRATADA** compromete-se a:

a. Possibilitar que a **CONTRATANTE** tenha acesso às informações sobre a utilização dos serviços de assistência à saúde pelos beneficiários em compartilhamento de riscos; e

b. Fornecer, tempestivamente, todas as informações solicitadas pela **CONTRATANTE** sobre os serviços prestados aos beneficiários em compartilhamento de riscos, incluindo as informações necessárias para atendimento pela CONTRATANTE das obrigações perante a ANS, quer sejam de natureza periódica ou de ações resultantes da atividade fiscalizatória, notificações de intermediação preliminar (NIP) de qualquer natureza e/ou autos de infração

## V. DO REGISTRO CONTÁBIL DAS OPERAÇÕES

1. O registro contábil das operações de que trata o objeto do presente instrumento deverá observar integralmente as regras estabelecidas no Plano de Contas padrão da ANS vigente à época.

2. As despesas incorridas com beneficiários da **CONTRATANTE** junto à rede de prestadores de serviços de assistência à saúde da **CONTRATADA**, em função de operações de corresponsabilidade estabelecidas neste instrumento, devem ser classificadas nas demonstrações financeiras como eventos indenizáveis na modalidade de pós-pagamento, por preço pós-estabelecidos, para todos os efeitos.

3. As respectivas exigibilidades de constituição de provisões de eventos indenizáveis devem ser observadas por cada parte deste instrumento, de acordo com a forma de

remuneração estabelecida acima, observada a regulamentação vigente para as provisões técnicas, definidas pela ANS.

Incorporadas estas informações ao contrato aditado, as partes ratificam expressamente todas as demais cláusulas e obrigações nele estipuladas.

Assim, por ser o presente a fiel expressão da vontade das partes, o assinam em 2 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo identificadas, para que surta seus efeitos de direito.

Curitiba, 01 de outubro de 2018.

**ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS MEMBROS DO MINISTERIO PUBLICO DO PARANÁ**

Dr. Alexandre Gustavo Bley
Diretor de Mercado e Comunicação
Unimed Paraná

Dr. Faustino Garcia Alferez
Diretor de Saúde e Intercâmbio
Unimed Paraná

**UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ**
**FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**

Testemunhas:

Evandro Lucas de Barros
CPF/MF: 017.632.999-45

Marco Aurélio Gomes Castanho
CPF/MF: 006.245.509-58

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ Gestão Mercado