

10º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO**, autarquia federal fiscalizadora do exercício profissional de enfermagem no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, ex vi da lei federal nº5905/73, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 27.149.095/0001-66, com sede na Avenida Presidente Vargas, Nº 502, 3º, 4º, 5º e 6º andar, Centro, no Rio de Janeiro (RJ), CEP 20.071-000, neste ato representado de acordo com seus atos constitutivos, doravante denominado simplesmente **ENTIDADE**, e, de outro lado,

► **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Alameda Xingu, 512, salas 1503,1504,1601 e 1084, Alphaville, Barueri (SP), CEP 06.455-030, neste ato por seus procuradores infra-assinados, doravante designada simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**,

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de julho de 2018, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO ODONTOLÓGICO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A SULAMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A

1.1. O segundo **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o seguro saúde advindo da apólice coletiva que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de estipulante, mantém com a **SULAMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A** (a "SULAMERICA"), cuja TABELA DE PREÇO SULAMÉRICA ODONTOLÓGICO/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SULAMÉRICA/ENTIDADE**", comprometendo-se os **beneficiários** e A **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições anteriormente acordadas, não alteradas pelo presente aditivo.

E por estar assim justo e acordado, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 01 de julho de 2018.

Lucia T. Fonseca *Marcos Mancini*
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

[Signature]
Elton Hugo Carluci
Diretor Executivo
de Estratégia e M&A

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

[Signature]
Marcos Mancini
Procurador

Testemunhas:

Nome: *Vanessa de Menezes Barros Menezes*
CPF: 022.312.037-53
ASS: *Vanessa de Barros Menezes*

Nome: *Cecilia CNA Heino*
CPF: 7590898-248-15
ASS: *[Signature]*

