

**3º 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 na forma de 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, nº 512, Salas 1503, 1504, 1601 e 1804, Alphaville Industrial, no município de Barueri (SP), CEP 06.455-030, neste ato representada 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 maio de 2017, 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.

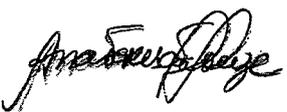



CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

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

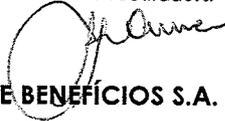
E por estar assim justo e acordado, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017.


CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

Marcos Mancini
CPF: 757.761.278-06

Rosângela M. de Souza
Procuradora



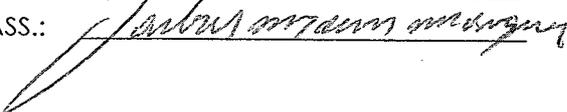
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Testemunhas:

1.

Nome: JARBAS MOURA MACIEIRA

CPF: 468 642 377 - 53

ASS.: 

2.

Nome: Bernardo Fereira da Silva

CPF: 037658787-31

ASS.: 