

**2º 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 **COREN-RJ**, e, de outro lado,

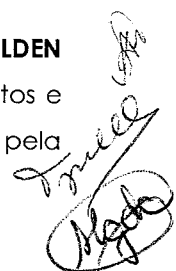
► **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Alameda Xingu, nº 512, Salas 1503, 1504, 1601 e 1804, Alphaville Industrial, no município de Barueri (SP), CEP 06.455-030, neste ato representada por seus 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 fevereiro de 2017, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de assistência à saúde advindo do contrato coletivo de cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA.** (a "**GOLDEN CROSS**"), cuja **TABELA DE PREÇO GOLDEN CROSS/ENTIDADE** segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE GOLDEN CROSS/ENTIDADE**", comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nesse contrato, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.

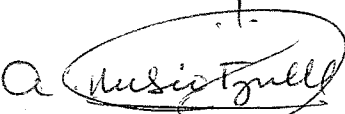
Handwritten signature and stamp in the bottom right corner. The signature is written in black ink and appears to be 'L. M. C. S. S.'. Below the signature is a circular stamp with some illegible text inside.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 2º ADITIVO

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, 09 de janeiro de 2017.


Maria Antonieta Rubio Fytrell
Presidente do COREN/RJ
Coren/RJ 9.719-ENF

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO


Maria da Glória do Desterro Costa
Técureira do COREN/RJ
Coren/RJ 48.374-AE

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Testemunhas:

1.
Nome: _____
CPF: _____
ASS.: _____

2.
Nome: _____
CPF: _____
ASS.: _____