

**CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
E
QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA.**

Pelo presente instrumento particular, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato representado por seu Presidente Sr. Manlio de Augustinis, doravante denominado simplesmente **CRQ-SP**, e, de outro lado,

► **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA.**, atual denominação de ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Avenida Paulista, 402, 10º andar, em São Paulo (SP), neste ato por seu(s) representante(s) legal(is) infra assinado(s), doravante designado simplesmente **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**;

Resolvem as partes, em comum acordo, firmar o presente Convênio (o "**convênio**") mediante as cláusulas e condições a seguir pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente **convênio** a prestação, pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** a toda população delimitada e vinculada ao **CRQ-SP** e seus respectivos dependentes (denominados de "**beneficiários**"), de serviços: (i) de estipulação e/ou contratação de seguros dos ramos Vida e Elementares, além outros serviços assistenciais (conjuntamente denominados como "**benefícios**"); (ii) de representação dos **beneficiários** e do **CRQ-SP** perante as seguradoras (as "**seguradoras**") e empresas prestadoras de serviços assistenciais (as "**prestadoras**") e junto aos órgãos reguladores do setor; e (iii) administrativos, financeiros e operacionais relativos aos **benefícios**.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.841.188-60
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora



1.2. Os **benefícios** que serão disponibilizados pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** aos **beneficiários** estão descritos neste **convênio**, sendo certo que cada nova modalidade ou tipo de **benefício** aqui não previsto deverá ser prévia e expressamente aprovado pelo **CRQ-SP**.

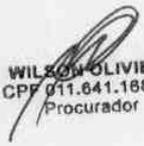
CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DO CRQ-SP

2.1. Constituem obrigações do **CRQ-SP**:

a) o **CRQ-SP** indicará onde deverão ser entregues os materiais de divulgação dos produtos objeto deste convênio, produzidos integralmente pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, para encaminhamento aos profissionais integrantes de sua base de dados. O envio será feito via Correios, arcando a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** com todas as despesas decorrentes desse procedimento, desde que previamente aprovado tais orçamentos, devendo as respectivas faturas serem emitidas em nome da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**.

b) mediante contraprestação prevista em tabela para inserção de anúncios vigente à época, o **CRQ-SP** compromete-se a garantir espaço publicitário em suas mídias (site e boletim informativo) para que a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** possa veicular os produtos previstos neste **convênio**. No caso das publicações no boletim informativo, cuja periodicidade atual é bimestral, as peças publicitárias deverão ser enviadas pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** à Assessoria de Comunicação do **CRQ-SP** até o dia 15 do primeiro mês do bimestre, sendo a veiculação concretizada no mês posterior. No caso das peças produzidas exclusivamente para veiculação no site do **CRQ-SP**, a publicação se dará em até cinco dias úteis após sua entrega à Assessoria de Comunicação do **CRQ-SP**. Todas as peças publicitárias deverão ser produzidas pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, inclusive as artes finais – quando couber –, respeitados os padrões técnicos definidos pelo **CRQ-SP**.

c) não contratar empregados e/ou colaboradores da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** durante a vigência deste **convênio** e por 5 (cinco) anos após o seu término para a realização dos serviços objeto deste **convênio**;


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.769.578-17
Procuradora



d) remeter para a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** uma cópia de toda e qualquer correspondência ou comunicação relacionada aos **benefícios** que lhe seja encaminhada por **beneficiários, seguradoras** ou **prestadoras** e que tenha como objeto quaisquer das condições ou serviços aqui contratados, ainda que sejam endereçadas aos cuidados do **CRQ-SP**, das **seguradoras** ou das **prestadoras**.

2.2. Caso o **CRQ-SP** venha a se manifestar sobre os **benefícios** para os **beneficiários** ou para as **seguradoras** e/ou **prestadoras**, a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** deverá receber por escrito a minuta da comunicação com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, para sua análise e eventual aprovação dos termos lá constantes.

2.3. Se houver por parte do **CRQ-SP** qualquer reclamação ou solicitação com relação exclusivamente à prestação dos serviços ora contratados, ele se compromete a encaminhar sua reclamação ou solicitação por escrito diretamente a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, concedendo prazo razoável a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** para a propositura de uma solução, sem prejuízo de o **CRQ-SP** se manifestar perante os seus **usuários**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA QUALICORP ADMINISTRAÇÃO

3.1. A fica obrigado a:

a) providenciar a adesão dos **beneficiários** aos **benefícios**, conforme estes manifestarem seu interesse, e mediante condições diferenciadas obtidas junto às **seguradoras** e/ou **prestadoras**;

b) prestar todos os serviços administrativos, financeiros e operacionais ligados aos benefícios, que estejam sob sua exclusiva responsabilidade;

c) providenciar a arrecadação, e efetivamente arrecadar, de cada **beneficiário**, para depósito nas contas-correntes bancárias da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**: a importância relacionada ao pagamento mensal do(s) benefício(s), que será o valor bruto ajustado entre a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** e as **seguradoras** e/ou **prestadoras**, acrescido de IOF, no caso de seguro, (a "**mensalidade**") e da(s) taxa(s) referente(s) ao(s) serviço(s) ora prestado(s) pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, que conjuntamente formarão o "**preço**", previsto nas tabela(s) de preço anexa(s). Referida arrecadação poderá ser feita diretamente pela **seguradora** e/ou **prestadora**, desde que autorizado pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**;


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.188-60
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.799.578-17
Procuradora







d) providenciar e responsabilizar-se pela pontual entrega das **mensalidades** às **seguradoras** e **prestadoras**, mediante o pagamento da fatura por elas emitida (a "fatura");

e) estabelecer rotinas e processos para a captação de novos **beneficiários**, além da elaboração e execução das campanhas de marketing, de controle de qualidade e quantidade de vendas;

Parágrafo Único - As obrigações administrativas dos serviços da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** relativos aos **benefícios** objeto deste **convênio** serão exercidas com recursos próprios ou através de empresa do seu mesmo grupo econômico, que agirá em nome e por conta e ordem da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**.

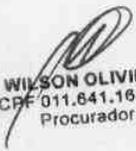
CLÁUSULA QUARTA - DAS RESPONSABILIDADES

4.1. Para os fins e efeitos do presente **convênio**, o **CRQ-SP** reconhece a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** como titular e responsável pela estipulação e/ou contratação dos **benefícios** ofertados aos **beneficiários**, bem como pelos aspectos administrativos e financeiros relativos às obrigações contratuais, ficando o **CRQ-SP** desonerado de qualquer responsabilidade administrativa, financeira e operacional em relação aos **benefícios**.

4.2. Compromete-se o **CRQ-SP** sempre que solicitada pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, a emitir documento manifestando-se sobre a contratação e/ou estipulação de outros benefícios, devendo constar, se aprovados, sua pretensão em disponibilizá-los a toda a população delimitada e vinculada ao **CRQ-SP** e seus respectivos dependentes.

4.3. A **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** definirá, ao seu critério, a estratégia e os meios técnicos, operacionais, logísticos, administrativos e financeiros que serão utilizados para a execução dos serviços ora contratados, utilizando, para tanto, suas próprias ferramentas e tecnologia, e se necessário, contratando terceiros, como lhe aprouver.

4.4. Caberá unicamente a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, na qualidade de legítimo estipulante e/ou contratante dos **benefícios**, a escolha da Corretora de Seguros responsável pela distribuição, angariação, intermediação e corretagem (no caso de seguros) dos negócios, ficando autorizado a agir isoladamente para, na gerência do negócio inerente ao presente **convênio**, subcontratar ou terceirizar os serviços que julgar necessários. A Corretora de Seguros ficará autorizada a cobrar diretamente do **beneficiário** titular que subscrever o Pedido de Adesão a taxa de cadastramento e


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 07.789.578-17
Procuradora



implantação, que corresponde a uma única parcela do valor total do(s) **benefício(s)** contratado(s).

4.5. O **CRQ-SP** se compromete a não fazer ingerências ou interferências nos serviços prestados e de responsabilidade da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, definidas através do presente instrumento. Porém, fica ressalvada a possibilidade do **CRQ-SP** opinar em eventual caso de reclamação dos **beneficiários**.

Parágrafo Primeiro – Eventuais aumentos ou reajustes nos valores dos **preços** dos **benefícios**, desde que motivados por autorização legal e/ou expressamente previstos na apólice e/ou no contrato firmado entre a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** e as **seguradoras e/ou prestadoras**, serão previamente comunicados ao **CRQ-SP**.

Parágrafo Segundo – Quando a arrecadação do **preço** for de responsabilidade da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, este será o único responsável pela totalidade dos pagamentos devidos às **seguradoras e/ou prestadoras**, inclusive por multas e encargos, eventuais atrasos, os quais não ultrapassarão os prazos que impliquem em suspensão do atendimento ou cancelamento dos **benefícios** por parte das **seguradoras e/ou prestadoras**, não cabendo ao **CRQ-SP** nenhuma responsabilidade sobre eventuais inadimplências das **mensalidades**.

Parágrafo Terceiro – A **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** não é responsável:

a) pela sinistralidade gerada pela utilização do(s) **benefício(s)** por parte dos beneficiários. No entanto, a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** desenvolverá ações a fim de minimizar o quanto possível o comprometimento do equilíbrio técnico e financeiro da carteira de **beneficiários**;

b) pelas obrigações financeiras não cumpridas e cuja responsabilidade seja comprovadamente das **seguradoras**, sendo certo que a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** se compromete tão somente pelo cumprimento de suas obrigações de estipulante e/ou contratante;

Parágrafo Quarto - Para o desenvolvimento e a realização do objeto deste **convênio**, os proponentes aderirão aos **benefícios** contratados pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, sem intermediação do **CRQ-SP**, inclusive quanto aos valores pertinentes aos mesmos.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.841.188-80
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 027.789.578-17
Procuradora



Parágrafo Quinto - As condições contratuais inerentes aos **benefícios** serão ajustadas, exclusivamente, entre a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** e as **seguradoras**, conforme entendimentos do disposto no item 4.1 deste instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DA COBRANÇA DOS BENEFICIÁRIOS

5.1. Quando a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** for o responsável pela arrecadação, a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** cobrará o **preço** diretamente dos **beneficiários**, na forma autorizada e indicada por estes quando da subscrição da Proposta de Adesão ao **benefício**.

5.2. O **Preço** será movimentado nas contas-correntes bancárias da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**.

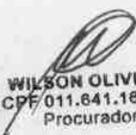
5.3. A **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** fica autorizado a agir em relação aos **beneficiários** inadimplentes, sempre em conformidade com as normas e legislação em vigor, afastando qualquer responsabilidade do **CRQ-SP** neste sentido.

CLÁUSULA SEXTA – DA AÇÃO PROMOCIONAL

6.1 Em qualquer ação promocional relacionada com o objeto deste **convênio** será destacada a participação do **CRQ-SP**. A utilização da logomarca e do nome do **CRQ-SP** nessas ações será autorizada mediante prévia aprovação do conteúdo das peças por sua diretoria, o que deverá ser feito em até 72 (setenta e duas) horas após o recebimento das mesmas pela Assessoria de Comunicação do **CRQ-SP**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DO TÉRMINO

7.1. O presente **convênio** vigorará pelo prazo de vigência das apólices e/ou dos contratos firmados entre a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** e as **seguradoras** e/ou **prestadoras**, incluindo quaisquer de suas renovações, automáticas ou não, salvo se qualquer uma das Partes (**QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** ou **CRQ-SP**) comunicar seu desinteresse na continuidade deste **convênio** com pelo menos 90 (noventa) dias de antecedência do prazo de expiração de tais apólices e/ou contratos. Referida manifestação deverá ser feita com relação a cada apólice e/ou contrato individualmente considerado.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.188-60
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora



7.2. O presente instrumento poderá, ainda, ser rescindido por qualquer das partes, de pleno direito, mediante notificação, enviada à outra parte, nas seguintes situações:

a) ocorrência de falência, recuperação judicial ou liquidação extrajudicial da outra parte;

b) violação pela outra parte de qualquer cláusula contratual que implique a impossibilidade do cumprimento integral deste instrumento; e

c) violação pela outra parte de qualquer cláusula contratual que não implique a impossibilidade do cumprimento integral deste instrumento e que não tenha sido sanada no prazo de 30 (trinta) dias da comunicação escrita feita à parte inadimplente sobre tal inadimplemento.

7.3. As atividades que estiverem sendo desenvolvidas, inclusive as decorrentes de novas adesões de **beneficiários**, e que tenham conclusão prevista para ocorrer em data posterior à data do término do período de vigência, não serão interrompidas, prosseguindo a sua execução até que sejam totalmente concluídas, segundo as condições pactuadas.

7.4. As partes reconhecem que, em caso de rescisão deste **convênio**, o vínculo dos **beneficiários** com a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** não se confunde com o vínculo associativo estabelecido com o **CRQ-SP**, motivo pelo qual as exclusões de **beneficiários**, após o rompimento do presente **convênio**, ocorrerá somente em caso de solicitação formal de cada **beneficiário**.

7.5. Havendo pendências, as partes definirão, por meio de "Termo de Encerramento", as responsabilidades relativas à conclusão ou extinção deste **convênio**, respeitadas as atividades em curso.

CLÁUSULA OITAVA – DA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO DE PESSOAS FIRMADA ENTRE O QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E A SULAMÉRICA SEGURO DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

8.1. O **benefício** a ser oferecido pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** é o seguro de acidentes pessoais, advindo da apólice de seguro de pessoas, coletiva por adesão, que a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, na qualidade de estipulante, mantém com a **Sul América Seguro de Vida e Previdência S.A** (a "**SAS Vida e Prev.**"), cuja **Tabela de Preços SAS (Seguro de Acidentes Pessoais Premiado)/QUALICORP ADMINISTRAÇÃO/CRQ-SP** segue anexa, denominada **Anexo I**.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.841.168-80
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora








4

8.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SAS Seguro de Acidentes Pessoais Premiado/CRQ-SP**", comprometendo-se os **beneficiários** e o **CRQ-SP** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** para a gestão da mesma.

CLÁUSULA NONA – DA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO DE PESSOAS FIRMADA ENTRE O QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E A SULAMÉRICA SEGURO DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

9.1. O **benefício** a ser oferecido pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, é o seguro de pessoas, advindo da apólice de seguro de pessoas, coletivo por adesão, que a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, na qualidade de estipulante, mantém com a **SulAmérica Seguro de Vida e Previdência S.A** (a "**SAS Vida e Prev.**"), cujas **Tabelas de Preços SAS (Seguro de Vida c/ Acidentes Pessoais)/QUALICORP ADMINISTRAÇÃO/CRQ-SP** seguem anexas, denominadas **Anexos II e III**.

9.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SAS Seguro de Vida c/ Acidentes Pessoais/CRQ-SP**", comprometendo-se os **beneficiários** e o **CRQ-SP** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** para a gestão da mesma.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E A BEM EMERGÊNCIAS MÉDICAS LTDA.

10.1. O **benefício** a ser oferecido pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, são os serviços complementares de assistência à saúde advindo do contrato que a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** mantém com a **Bem Emergências Médicas Ltda.**, cuja **Tabela de Preço Extrassist/CRQ-SP** segue no **Anexo IV** deste instrumento.

10.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado de "**Extrassist/CRQ-SP**", comprometendo-se os **beneficiários** e o **CRQ-SP** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nesse contrato, bem como as condições estabelecidas pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** para a gestão do mesmo.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.841.188-80
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.788.578-17
Procuradora



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA APÓLICE DE SEGURO FIRMADO ENTRE A QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E A ZURICH BRASIL SEGUROS S.A.

11.1. O **benefício** a ser oferecido pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, é o seguro advindo da apólice de seguro de vida em grupo - Prestamista, coletivo por adesão, que a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, na qualidade de estipulante, mantém com a Zurich Brasil Seguros S.A. (a "**Zurich**"), cuja Tabela de Preços Zurich (Seguro de Vida em grupo - Prestamista)/QUALICORP ADMINISTRAÇÃO/CRQ-SP segue anexa, denominada Anexos V.

11.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**Zurich Seguro Prestamista/CRQ-SP**", comprometendo-se os **beneficiários** e o **CRQ-SP** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas pela **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** para a gestão da mesma.

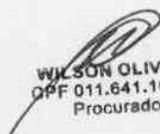
CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. Toda e qualquer modificação, alteração ou aditamento ao presente instrumento somente será válido se feito por instrumento escrito, assinado pelas Partes.

12.2. O presente instrumento constitui o único e integral acordo entre as Partes com relação a seu objeto, substituindo todos os outros documentos, cartas, memorandos ou propostas entre as Partes, bem como os entendimentos orais mantidos entre as mesmas, anteriores à presente data.

12.3. Em decorrência deste instrumento, não se estabelecerá nenhum tipo de sociedade, associação, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária e/ou subsidiária entre as Partes.

12.4. O não-exercício ou o atraso no exercício, por qualquer das Partes, de qualquer direito, recurso, poder ou privilégio dessa Parte segundo este **convênio** não operará como uma renúncia aos mesmos. O exercício isolado ou parcial de qualquer direito, recurso, poder ou privilégio segundo este **convênio** não impedirá qualquer outro exercício posterior dos mesmos ou o exercício de qualquer outro direito, recurso, poder ou privilégio.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.188-80
Procurador


ROSÂNGELA R. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora



12.5. Qualquer disposição deste instrumento que seja considerada proibida, inválida ou inexecutável em nenhuma hipótese invalidará ou afetará o mesmo como um todo ou as demais disposições contratuais. Caso qualquer uma das cláusulas do presente **convênio** seja considerada proibida, inválida ou inexecutável, as Partes comprometem-se a negociar em boa-fé a substituição desta cláusula por uma cláusula que seja válida e eficaz.

12.6. As Partes declaram em caráter irrevogável e irretroatável que conhecem a legislação aplicável ao presente instrumento.

12.7. Fica estabelecido que qualquer evento que envolva ou afete qualquer das Partes e que possa prejudicar o regular cumprimento das obrigações assumidas por tal Parte no presente instrumento, deverá ser imediatamente comunicado por esta Parte à outra.

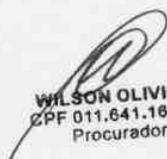
CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA COMERCIALIZAÇÃO CONJUGADA

13.1. Os benefícios ofertados ao **CRQ-SP** poderão, a critério da **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO**, ser comercializados de forma conjugada e com valores diferenciados, caso identificadas melhores oportunidades de angariação de beneficiários. Neste caso, a **QUALICORP ADMINISTRAÇÃO** comunicará previamente ao **CRQ-SP**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

14.1. As partes elegem o foro da Justiça Comum do Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer conflitos resultantes do presente **convênio**, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja

E, estando de comum acordo, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 02 (duas) testemunhas identificadas abaixo.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.841.188-80
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 027.789.578-17
Procuradora



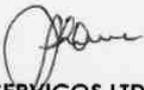






São Paulo, 01 de abril de 2010.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Sr. Manlio de Augustinis
Presidente

 
QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA
WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador
ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

Nome: *Prom Rodrigo da Silva*
CPF: *361.536.918-11*

Nome: *Aline de Souza Alves*
CPF: *330.902.058-40*



X

Anexo II

TABELA DE PREÇO SAS/ QUALICORP ADMINISTRAÇÃO /CRQ-SP

SAS SEGURO DE VIDA + ACIDENTES PESSOAIS

Capital Segurado	50.000	100.000	150.000	200.000
Faixa Etária	Premio Mensal			
14 a 18 anos	26,42	45,04	61,68	78,33
19 a 23 anos	28,08	48,37	66,68	85,00
24 a 28 anos	30,62	53,45	74,31	95,16
29 a 33 anos	34,65	61,50	85,10	108,70
34 a 38 anos	40,74	73,68	101,37	129,05
39 a 43 anos	56,02	104,25	143,58	182,91
44 a 48 anos	87,31	166,82	231,27	295,72
49 a 53 anos	132,99	258,18	357,92	457,66
54 a 58 anos	187,75	367,69	507,68	647,67
59 a 99 anos	187,75	367,69	507,68	647,67

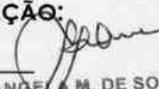
Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

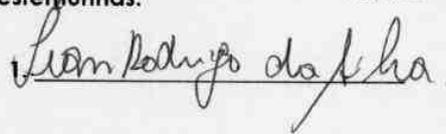
QUALICORP ADMINISTRAÇÃO:

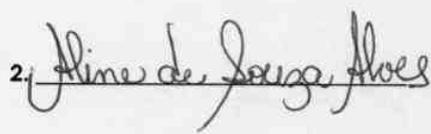
CRQ-SP: 


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-86
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1. 
Leon Rodrigo da Silva

2. 
Aline de Souza Alves



Anexo III

TABELA DE PREÇO SAS/ QUALICORP ADMINISTRAÇÃO /CRQ-SP

SAS SEGURO DE VIDA + ACIDENTES PESSOAIS

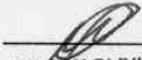
Capital Segurado	10.000	30.000	50.000	100.000
Faixa Etária	Premio Mensal			
Até 18 anos	10,49	13,25	18,14	27,16
19 a 23 anos	10,60	13,56	18,66	28,21
24 a 28 anos	10,95	14,62	20,42	31,73
29 a 33 anos	11,33	15,77	22,34	35,57
34 a 38 anos	11,85	17,31	24,91	40,71
39 a 43 anos	13,33	21,75	32,31	55,50
44 a 48 anos	16,72	31,92	49,26	89,40
49 a 53 anos	21,62	46,63	73,78	138,45
54 a 58 anos	27,20	63,38	101,70	194,28
A partir de 59 anos	63,58	172,50	283,56	558,01

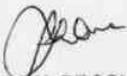
Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

QUALICORP ADMINISTRAÇÃO:

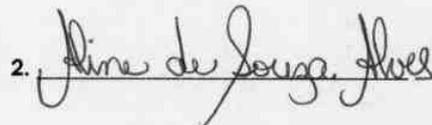
CRQ-SP:


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
curador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1. 

2. 



Anexo IV

TABELA DE PREÇO EXTRASSIST/CRQ-SP

BEM EXTRASSIST.	VALOR
Titular	10,60
2 pessoas (titular + 1 dependente)	18,30
3 pessoas (titular + 2 dependentes)	26,90
4 pessoas (titular + 3 dependentes)	36,60
Acima de 5 pessoas (acrescimo por pessoa)	10,60

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

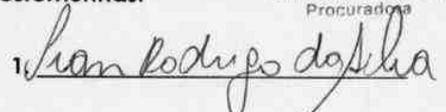
De acordo:

QUALICORP ADMINISTRAÇÃO:

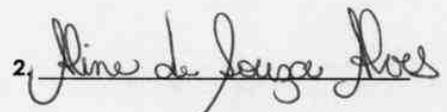

WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.489.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1. 
Ivan Rodrigo dos Santos

CRQ-SP: 

2. 
Arine de Souza Feres



Anexo V

TABELA DE PREÇOS ZURICH (SEGURO DE VIDA EM GRUPO - PRESTAMISTA)/ QUALICORP ADMINISTRAÇÃO /CRQ-SP

Quantidade de Parcelas Contratadas	3	4	6
Faixa etária	Prêmio Mensal		
Até 18 anos	19,70	26,00	38,40
De 19 a 23 anos	19,80	26,10	38,50
De 24 a 28 anos	20,00	26,20	38,60
De 29 a 33 anos	20,10	26,50	38,80
De 34 a 38 anos	20,50	26,80	39,20
De 39 a 43 anos	21,50	27,70	40,10
De 44 a 48 anos	23,40	29,80	42,20
De 49 a 53 anos	26,50	32,80	45,20
De 54 a 58 anos	30,00	36,30	48,70
A partir de 59 anos	41,10	47,40	59,80

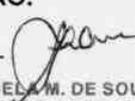
Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

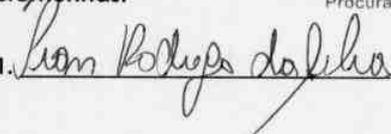
QUALICORP ADMINISTRAÇÃO:

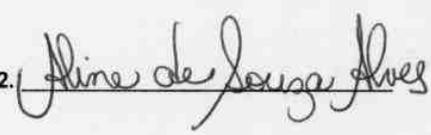
CRQ-SP: 


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.188-80
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1. 

2. 



**1º ADITAMENTO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato representado por seu Presidente Sr. Manlio de Augustinis, doravante denominado simplesmente **CRQ-SP**, e, de outro lado;

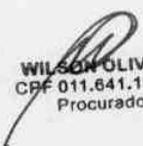
► **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, atual denominação de ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Alameda Santos, 415, 10º, 11º, 12º e 13º andares, em São Paulo (SP), neste ato por seu(s) representante(s) legal(is) infra assinado(s), doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao **convênio** celebrado em 11/08/2009, a fim de disponibilizar, a partir de 1º de abril de 2010, o seguinte **benefício**, aos profissionais registrados no **CRQ-SP** e seus respectivos dependentes, mediante as cláusulas e condições a seguir:

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

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** é o seguro odontológico advindo da apólice coletiva por adesão, que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de estipulante, mantém com a **SulAmérica Seguro Saúde S/A** (a "**SAS**"), cuja **Tabela de Preço SAS ODONTOLÓGICO/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CRQ-SP** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SAS ODONTOLÓGICO/CRQ-SP**" prometendo-se os **usuários** e o **CRQ-SP** respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.188-60
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora



CLÁUSULA SEGUNDA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A ODONTOPREV S/A.

2.1 O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** do **CRQ-SP** e seus respectivos dependentes é o plano odontológico advindo do contrato coletivo que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **Odontoprev S/A**, cuja Tabela de Preço Odontoprev/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CRQ-SP segue anexa denominada Anexo II.

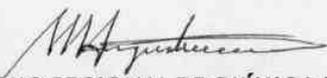
2.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**Plano Odontológico Odontoprev/CRQ-SP**", comprometendo-se os **beneficiários** e o **CRQ-SP** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.

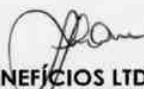
CLÁUSULA TERCEIRA – DO 1º ADITIVO.

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

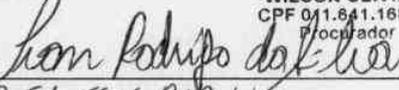
E por estar assim justo e acordado, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo.

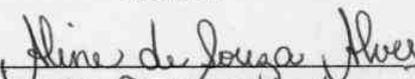
São Paulo, 1º de abril de 2010.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Sr. Manlio de Augustinis
Presidente

 
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.
ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1. 
Name: Wilson Olivie
CPF: 361.536.910-11

2. 
Name: Jeline de Souza Alves
CPF: 330.902.058-40



Anexo II

TABELA DE PREÇO ODONTOPREV/CRQ-SP

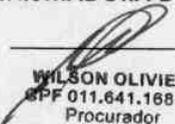
ODONTOPREV	VALOR
Integral LARD	14,80
Integral LALE	27,90

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

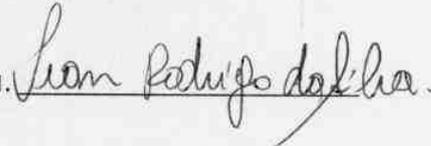
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS::

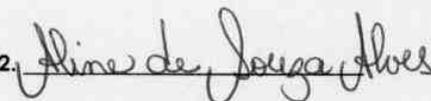
CRQ-SP: _____


WILSON OLIVIER
CPF 011.641.168-6
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 072.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1. 

2. 



**2º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato representado por seu Presidente Sr. Manlio de Augustinis, doravante denominado simplesmente **CRQ-SP**, e, de outro lado;

► **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Al. Santos, nº 415, 10º, 11º, 12º (parte) e 13º andares, em São Paulo (SP), CEP 01.419-913, neste ato por seu(s) representante(s) legal(is) infra assinado(s), doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**,

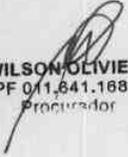
Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao **convênio** celebrado em 3 de novembro de 2009, a fim de disponibilizar, a partir de 1º de abril de 2010, novas categorias de planos da Operadora Unimed Paulistana - Cooperativa de Trabalho Médico (Original Coletivo e Original Individual), mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA

1.1. As novas categorias de planos a serem oferecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, denominado Original Coletivo e Original Individual, diferenciando-se pelo padrão de acomodação (Coletiva ou Individual), advindo do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **Unimed Paulistana – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico**, cuja Tabela de Preço UNIMED PAULISTANA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CRQ-SP segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**Plano de Saúde UNIMED PAULISTANA/CRQ-SP**", comprometendo-se os **usuários** e ao **CRQ-SP** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nesse contrato, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 2º ADITIVO.


WILSON OLIVIERI
CPF 011.841.168-80
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora



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 2 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo.

São Paulo, 1º de abril de 2010.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente

 , 
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.

WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.188-60
Procurador

ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1.

Nome: Leon Rodolfo da Silva
CPF: 361.536.818-11

2.

Nome: _____
CPF: _____



Anexo I

TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/CRQ

UNIMED PAULISTANA Administradora de Benefícios		
Plano	Original Coletivo	Original Individual
Até 18 anos	68,26	80,01
De 19 a 23 anos	87,37	102,40
De 24 a 28 anos	92,83	108,80
De 29 a 33 anos	95,56	112,00
De 34 a 38 anos	104,44	122,41
De 39 a 43 anos	119,45	140,01
De 44 a 48 anos	167,23	196,01
De 49 a 53 anos	223,89	262,42
De 54 a 58 anos	251,21	294,44
A partir de 59 anos	409,55	480,04

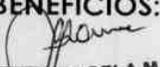
Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais

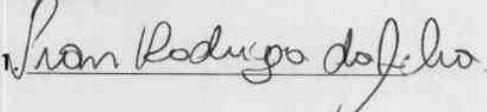
De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

CRQ: 


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Testemunhas:


ROSANGELA M. DE SOUZ.
CPF 077.789.578-17
Procuradora

1. 

2. _____



Conselho Regional de Química IV Região - SP
Rua Oscar Freire, 2039 - CEP 05409-011 - São Paulo / SP
Telefones: (11) 3061-6060 e (11) 3061-6061
site: www.crq4.org.br
Atendimento ao público: segunda a sexta-feira, das 9h30 às 15h.

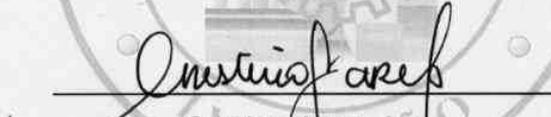


São Paulo, 20 de setembro de 2010.

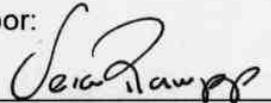
PROTOCOLO

Seguem 2 duas vias originais do 2º Aditivo ao Convênio Qualicorp,
devidamente assinados por este Conselho Regional de Química – IV.

Atenciosamente,


Cristina Jarenciuc
PSA/Técnico Administrativo.

Recebido por:



(nome Legível)

Data:

20/09/10

**3º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final legalmente representado, doravante denominado simplesmente **CRQ-SP**, e, de outro lado;

► **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Al. Santos, nº 415, 8º, 10º, 11º, 12º (parte) e 13º andares, em São Paulo (SP), CEP 01.419-913, regularmente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 417173, neste ato por seu(s) representante(s) legal(is) infra assinado(s), doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, e, ainda,

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao **Convênio**, para disponibilizar o benefício abaixo a partir de 1º de maio de 2011, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS CONTRATOS DE INTERMEDIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA) E ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COLETIVOS POR ADEÇÃO, FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A LIFE EMPRESARIAL SAÚDE LTDA.

1.1. Os **benefícios** a serem oferecidos pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** do **CRQ-SP** são os planos de assistência à saúde e planos de assistência odontológica advindo dos contratos coletivos que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **LIFE EMPRESARIAL SAÚDE LTDA.** (a "**LIFE**"), cuja **Tabela de Preços LIFE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CRQ-SP** segue anexa, denominada **Anexo I.**

1.2. Os **benefícios** acima referidos poderão ser denominado "**LIFE/CRQ-SP**" comprometendo-se os **beneficiários** e o **CRQ-SP** a respeitarem os direitos e obrigações

ALESSANDRO P. ACAYABA DE TOLEDO
OAB/SP 167.922
Procurador

ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora



ajustados nesses contratos coletivos, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 3º ADITIVO.

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

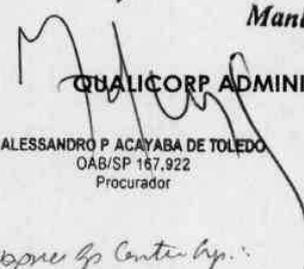
E por estar assim justo e acordado, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo:

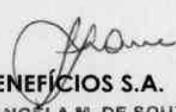
São Paulo, 29 de abril de 2011.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

Manlio de Augustinis
Presidente

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.


ALESSANDRO P. ACAYABA DE TOLEDO
OAB/SP 167.922
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas: *Wagner do Carmo Sp...*

Nome: *WAGNER A.R. C. LOPEZ*

CPF: *065.729.478-07*

Nome: *Leon Rodolfo de Aguiar*

CPF: *361.536.918-11*



[Handwritten mark]

Anexo I

TABELA DE PREÇO LIFE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CRQ-SP

Planos	LIFE 425	LIFE 445	LIFE 426	LIFE 145	LIFE 155
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Municipal SP	Municipal SP	Municipal SP	Nacional	Nacional
00 a 18	86,58	102,12	128,68	140,64	182,84
19 a 23	107,37	126,62	159,55	174,41	226,72
24 a 28	120,25	141,82	178,7	195,33	253,93
29 a 33	134,67	158,84	200,14	218,66	284,41
34 a 38	145,45	171,54	216,15	236,27	307,16
39 a 43	152,72	180,1	226,95	248,09	322,52
44 a 48	213,81	252,16	317,74	347,33	451,52
49 a 53	277,96	327,82	413,06	451,53	586,97
54 a 58	394,71	465,51	586,55	641,18	833,5
59 ou mais	519,45	612,72	772,04	843,88	1097,06

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ALESSANDRO P ACAYABA DE TOLEDO
OAB/SP 167.922
Procurador

Testemunhas:

1.

WAGNER RA CONTRELLI WOFF
065 72947807

CRQ-SP:

Manlio de Augustinis
Presidente

2.



**4º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade com seu Estatuto Social, doravante denominada 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 Santos, 415, 8º, 10º, 11º, 12º (parte), 13º, em São Paulo (SP), neste ato representada por seus procuradores infra assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de janeiro de 2012, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

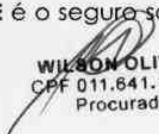
CLÁUSULA PRIMEIRA – DA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO SAÚDE FIRMADA ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A SULAMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A

1.1. O **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 SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SEGURO SAÚDE SULAMÉRICA/ ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO SAÚDE FIRMADA ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A SULAMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A

2.1. Os **benefícios** a serem oferecidos pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o seguro saúde e odontológico advindo da apólice coletiva que a **ADMINISTRADORA**


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora



DE BENEFÍCIOS, na qualidade de estipulante, mantém com a **SULAMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A** (a "SULAMERICA"), cuja **TABELA DE PREÇO SULAMÉRICA SAÚDE-ODONTOLÓGICO/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo II**.

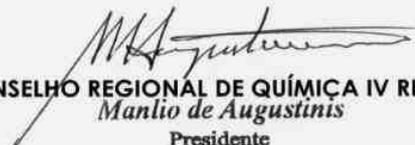
2.2. Os **benefícios** acima referidos poderão ser denominados "**SULAMÉRICA/ENTIDADE**", comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO 4º ADITIVO.

3.1. 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:

São Paulo, 16 de novembro de 2011.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente


QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

Testemunhas:

1. *Wagner Ap. Contre Lopes*
Nome: WAGNER AP. CONTRE LOPES
CPF: 065 729.478 - 07

2.
Nome: _____
CPF: _____



ANEXO I

TABELA DE PREÇOS SULAMÉRICA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

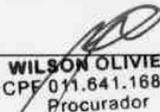
VÁLIDO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

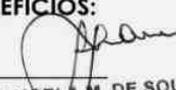
Faixa Etária	Exato Enf.	Exato Apto	Básico 10 Apto	Clássico
0 a 18	R\$ 134,54	R\$ 147,03	R\$ 165,21	R\$ 181,74
19 a 23	R\$ 210,61	R\$ 230,16	R\$ 258,62	R\$ 284,48
24 a 28	R\$ 216,34	R\$ 236,43	R\$ 265,65	R\$ 292,22
29 a 33	R\$ 219,97	R\$ 240,41	R\$ 270,12	R\$ 297,13
34 a 38	R\$ 226,62	R\$ 247,66	R\$ 278,28	R\$ 306,11
39 a 43	R\$ 229,72	R\$ 251,06	R\$ 282,09	R\$ 310,30
44 a 48	R\$ 329,62	R\$ 360,24	R\$ 404,77	R\$ 445,25
49 a 53	R\$ 334,72	R\$ 365,81	R\$ 411,02	R\$ 452,13
54 a 58	R\$ 415,05	R\$ 453,60	R\$ 509,66	R\$ 560,63
59 ou +	R\$ 807,23	R\$ 882,22	R\$ 991,26	R\$ 1.090,39

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

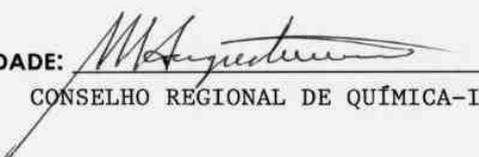
De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador


ROSANGELA M. DE SOUZA
CPF 071.189.578-17
Procuradora

ENTIDADE:


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA-IV

Testemunhas:

1. Uppneq Contra Gp.

2. _____





ANEXO II

TABELA DE PREÇOS SULAMÉRICA SAÚDE- ODONTOLÓGICO/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

VÁLIDO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

Faixa Etária	Especial 100	Executivo
0 a 18	R\$ 203,94	R\$ 408,36
19 a 23	R\$ 343,39	R\$ 687,59
24 a 28	R\$ 347,85	R\$ 696,53
29 a 33	R\$ 361,48	R\$ 723,82
34 a 38	R\$ 371,96	R\$ 744,81
39 a 43	R\$ 377,33	R\$ 755,56
44 a 48	R\$ 499,64	R\$ 1.000,47
49 a 53	R\$ 635,00	R\$ 1.271,51
54 a 58	R\$ 787,39	R\$ 1.576,68
59 ou +	R\$ 1.223,61	R\$ 2.450,16

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

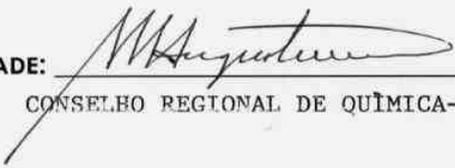
De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:


WILSON OLIVIERI
CPF 011.641.168-60
Procurador


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
CPF 077.789.578-17
Procuradora

ENTIDADE:


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA-IV

Testemunhas:

1. Uspne do Conselho

2. _____



**5º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade com seu Estatuto Social, doravante denominada 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 Santos, 415, 8º, 10º, 11º, 12º (parte), 13º, em São Paulo (SP), neste ato representada por seus procuradores infra assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de janeiro de 2012, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED PAULISTANA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, cuja Tabela de Preço UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED PAULISTANA/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.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 5º ADITIVO.

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


WILSON OLIVIERI
Procurador



1


ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora





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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 01 de dezembro de 2011.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

Manlio de Augustinis
Presidente

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Wilson Olivieri
WILSON OLIVIERI
Procurador

Rosângela M. de Souza
ROSÂNGELA M. DE SOUZA
Procuradora

Testemunhas:

1.

Nome:

CPF:

Ana Cristina Velasco
304471658-60

2.

Nome:

CPF:

Letícia C.
069.896.258-59



[Handwritten signature]

ANEXO I

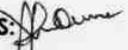
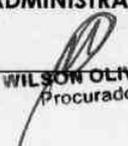
TABELA DE PREÇOS UNIMED PAULISTANA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

VÁLIDA PARA O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

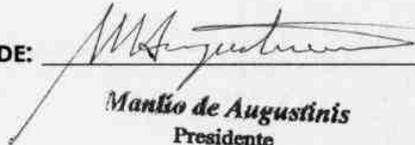
Faixa Etária	Padrão Apartamento
00 - 18	R\$ 111,12
19 - 23	R\$ 142,22
24 - 28	R\$ 151,11
29 - 33	R\$ 155,56
34 - 38	R\$ 170,01
39 - 43	R\$ 194,45
44 - 48	R\$ 272,22
49 - 53	R\$ 364,46
54 - 58	R\$ 408,93
59 ou mais	R\$ 666,67

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

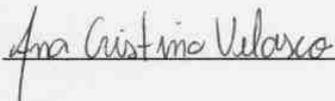
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS: 

WILSON OLIVIERI
Procurador

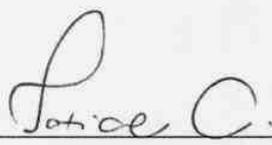
ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora

ENTIDADE: 

Mantão de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

1. 
Ana Cristina Velasco

2. 
Tatice C.



**6º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade com seu Estatuto Social, doravante denominada 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 Santos, nº 415, 7º (parte) 8º (parte), 9º (parte), 10º, 11º, 12º (parte) e 13º (parte) andares, em São Paulo (SP), CEP 01.419-913, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de novembro de 2012, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS CONTRATOS DE INTERMEDIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA) E ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COLETIVOS POR ADESÃO, FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A LIFE EMPRESARIAL SAÚDE LTDA.

1.1. Os **benefícios** a serem oferecidos pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** são os planos de assistência à saúde e planos de assistência odontológica advindo dos contratos coletivos que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **LIFE EMPRESARIAL SAÚDE LTDA.** (a "LIFE"), cuja Tabela de Preços LIFE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. Os **benefícios** acima referidos poderão ser denominado "**LIFE/ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nesses contratos coletivos, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.


ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora


ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora







1 de 3



CLÁUSULA SEGUNDA – DO 6º 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:

São Paulo, 24 de outubro de 2012.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente


QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora


ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora

Testemunhas:

1. *Wagner Ap. Contre. Esp.*
Nome: WAGNER AP. CONTRE. ESP.
CPF: 065 729 478 - 02

2.
Nome: _____
CPF: _____



wf.

Anexo I

TABELA DE PREÇO LIFE/ADMINISTRAÇÃO DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Planos	LIFE 515	LIFE 535
Cód. ANS	466.205/12-9	466.206/12-7
Acomodação	Coletivo	Individual
Abrangência Geográfica	Município (SP)	Município (SP)
00 a 18	78,13	89,74
19 a 23	102,67	117,93
24 a 28	106,33	122,12
29 a 33	112,14	128,80
34 a 38	117,79	135,29
39 a 43	138,44	159,01
44 a 48	191,42	219,87
49 a 53	249,23	286,27
54 a 58	270,92	311,18
59 ou mais	468,81	538,47

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

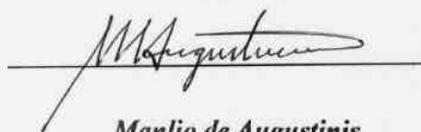
De acordo:


ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora

ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora

ENTIDADE:



Manlio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

1. Wagner Sp. Contres Esp.

2. _____



**7º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade com seu Estatuto Social, doravante denominada 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 Santos, nº 415, 7º (parte) 8º (parte), 9º (parte), 10º, 11º, 12º (parte) e 13º (parte) andares, em São Paulo (SP), CEP 01.419-913, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de janeiro de 2013, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED PAULISTANA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, cuja Tabela de Preço UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED PAULISTANA/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.


ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora


DANILO RICARDO B. ZIMMERMANN
Diretoria de Tecnologia da Informação




CARLOS EDUARDO P. MARTINS
Superintendente Comercial

1 de 3



CLÁUSULA SEGUNDA – DO 7º ADITIVO

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

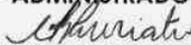
E por estar assim justo e acordado, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 01 de janeiro de 2013.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

Manlio de Augustinis
Presidente

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.


ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora


DANILO RICARDO B. ZIMMERMANN
Diretoria de Tecnologia da Informação

Testemunhas:

1.

Nome: Juliana Henrique de Campos

CPF: 342.507.078-16

2.

Nome: _____

CPF: _____


CARLOS EDUARDO P. MARTINS
Superintendente Comercial

2 de 3



ANEXO I

TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

VÁLIDA PARA SÃO PAULO

Plano	Referência Plus Adesão	UP BRONZE ENFERMARIA UNIPLAN ADESÃO	UP BRONZE APARTAMENTO UNIPLAN ADESÃO	UP PRATA UNIPLAN ADESÃO	UP OURO UNIPLAN ADESÃO
Acomodação	Coletivo	Coletivo	Individual	Individual	Individual
Registro ANS	467.880/12-0	467.996/12-2	467.995/12-4	467.992/12-0	467.984/12-9
Abrangência	Grp Mun	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	127,05	110,99	133,38	173,11	200,24
19 - 23	162,63	142,07	170,73	221,58	256,31
24 - 28	172,80	150,95	181,40	235,43	272,33
29 - 33	177,88	155,39	186,74	242,35	280,34
34 - 38	194,41	169,83	204,09	264,87	306,39
39 - 43	222,36	194,25	233,44	302,96	350,45
44 - 48	311,31	271,95	326,82	424,15	490,64
49 - 53	416,76	364,09	437,56	567,85	656,87
54 - 58	467,59	408,47	490,89	637,07	736,93
59 ou +	762,19	665,81	800,15	1038,43	1201,20

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

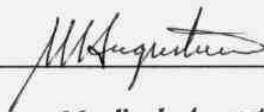
De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

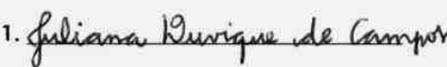

ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora


DANILO RICARDO B. ZIMMERMANN
Diretor de Tecnologia da Informação

ENTIDADE:


Manlio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

1. 

2. _____


CARLOS EDUARDO P. MARTINS
Superintendente Comercial

3 de 3



**8º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade com seu Estatuto Social, doravante denominada 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 Santos, nº 415, 7º (parte) 8º (parte), 9º (parte), 10º, 11º, 12º (parte) e 13º (parte) andares, em São Paulo (SP), CEP 01.419-913, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de outubro de 2013, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED SEGUROS SAÚDE

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED SEGUROS SAÚDE**, cuja Tabela de Preço UNIMED SEGUROS SAÚDE/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED SEGUROS/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.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 8º ADITIVO

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

ROSANGELA W. DE SOUZA
Procuradora

ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora

MARCOS MANCINI
Superintendente de Beneficiários

1 de 3



MA

mf.

OR

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:

São Paulo, 12 de setembro de 2013.

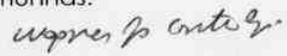

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

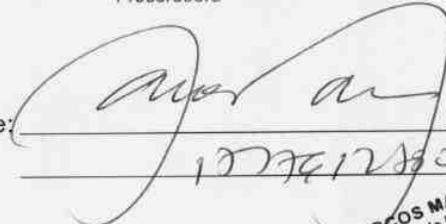
Manlio de Augustinis
Presidente


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
Procuradora


ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora

Testemunhas:

1. 
Nome: WAGNER M. CANTIANA LOPES
CPF: 065729478 07

2. 
Nome: _____
CPF: 1077412806
MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento







ANEXO I

TABELA DE PREÇO UNIMED SEGUROS SAÚDE/ENTIDADE

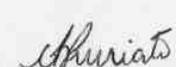
Nome do Plano	Unimed Básico 995 (R)	Unimed Prático 995 (R)	Unimed Básico 995	Unimed Prático 995	Unimed Dinâmico 995	Unimed Líder 995
Acomodação	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	86,79	101,71	111,31	131,15	171,26	208,64
19 - 23	111,07	130,18	142,48	167,85	219,21	267,06
24 - 28	118,01	138,32	151,37	178,34	232,88	283,76
29 - 33	121,48	142,38	155,81	183,59	239,73	292,1
34 - 38	132,77	155,61	170,29	200,64	261,99	319,24
39 - 43	151,85	177,99	194,76	229,49	299,65	365,14
44 - 48	212,59	249,18	272,66	321,27	419,52	511,17
49 - 53	284,62	333,61	365,05	430,13	561,67	684,37
54 - 58	319,35	374,32	409,60	482,62	630,19	767,8
59 ou +	520,65	610,26	667,78	786,83	1027,42	1251,78

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

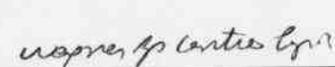
De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:


ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora


ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora

Testemunhas:

1. 

ENTIDADE:


Manlio de Augustinis
Presidente

2. 
MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento





**9º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade com seu Estatuto Social, doravante denominada 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 Santos, nº 415, 7º (parte) 8º (parte), 9º (parte), 10º, 11º, 12º (parte) e 13º (parte) andares, em São Paulo (SP), CEP 01.419-913, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de outubro de 2013, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED SEGUROS SAÚDE

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED SEGUROS SAÚDE**, cuja Tabela de Preço UNIMED SEGUROS SAÚDE/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED SEGUROS/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.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 9º ADITIVO

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

ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora

ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

1 de 3



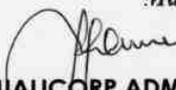
Handwritten initials and signatures, including 'MA' and 'mf'.

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:

São Paulo, 12 de setembro de 2013.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

Manlio de Augustinis
Presidente


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
Procuradora


ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

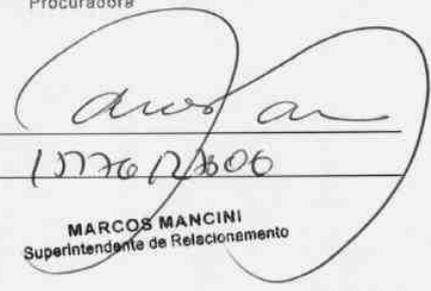
Testemunhas:

1. *Wagner Ap. Contem Lopes*

Nome: WAGNER AP. CONTEM LOPES

CPF: 065729478-07

2.

Nome: 

CPF: 177621006

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento



WR

ANEXO I

TABELA DE PREÇO UNIMED SEGUROS SAÚDE/ENTIDADE

Nome do Plano	Unimed Básico 995 ®	Unimed Prático 995 ®	Unimed Básico 995	Unimed Prático 995	Unimed Dinâmico 995	Unimed Líder 995
Acomodação	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	95,47	111,88	122,44	144,28	188,4	229,51
19 - 23	122,18	143,2	156,72	184,64	241,13	293,76
24 - 28	129,81	152,15	166,50	196,18	256,16	312,13
29 - 33	133,63	156,62	171,4	201,94	263,7	321,31
34 - 38	146,04	171,16	187,32	220,70	288,19	351,16
39 - 43	167,04	195,78	214,24	252,44	329,62	401,66
44 - 48	233,85	274,1	299,93	353,40	461,48	562,28
49 - 53	313,09	366,97	401,56	473,14	617,85	752,8
54 - 58	351,3	411,75	450,56	530,88	693,22	844,58
59 ou +	572,74	671,29	734,57	865,5	1130,17	1376,95

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

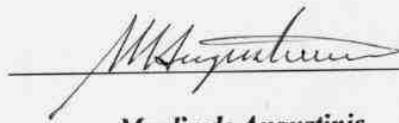

ROSANGELA M. DE SOUZA
Procuradora


ELISABETH BARBOSA FURIATI TINTI
Procuradora

Testemunhas:

1. uspm by lentes sp.

ENTIDADE:


Manlio de Augustinis
Presidente

2. 

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento





**10º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade com seu Estatuto Social, doravante denominada 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 Santos, nº 415, 7º (parte) 8º (parte), 9º (parte), 10º, 11º, 12º (parte) e 13º (parte) andares, em São Paulo (SP), CEP 01.419-913, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante designado simplesmente

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, **a partir de 1º de abril de 2014**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Cobertura de Custos Assistenciais à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED PAULISTANA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, cuja Tabela de Preço UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED PAULISTANA/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.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 10º ADITIVO

MA



1 de 3

mp

[Handwritten mark]

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:

São Paulo, 24 de março de 2014.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

LEONARDO GUERREIRO
Vice-Presidente de Negócios

Mantio de Augustinis
Presidente

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.


ROSÂNGELA M. DE SOUZA
Procuradora

Testemunhas:

1. Wagner Ap. Contrera Bp.
Nome: WAGNER AP. CONTRERA LOPES
CPF: 065.729.478-07

2. Sera Ramiro
Nome: Sera Ramiro
CPF: 454 655 170 34

WAGNER AP. CONTRERA - SS
Gerente da Fiscal - 22/04
CRQ-IV Nº 04321000



ANEXO I

Tabela de Preço UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE

Plano	NEW BRONZE ENFERMARIA UNIPLAN ADESÃO
Acomodação	Coletivo
Registro ANS	470.438/14-0
Abrangência	Nacional
00 - 18	121,84
19 - 23	155,96
24 - 28	165,71
29 - 33	170,59
34 - 38	186,44
39 - 43	213,25
44 - 48	298,55
49 - 53	399,70
54 - 58	448,42
59 ou +	730,93

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

LEONARDO GUERREIRO
Vice-Presidente de Negócios

ROSÂNGELA M. DE SOUZA
Ajustadora

ENTIDADE:

Conselho Regional de Química - IV Região
Rua Oscar Freire, 2039 - Pinheiros
05409-011 - São Paulo - SP

Manlio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

1. Wagner Ap. Contrera Lopes
WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000

2. Manlio de Augustinis



**11º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista CEP 01.313-020, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de julho de 2014, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO SAÚDE FIRMADA ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE.

1.1. O **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 **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE** (a "**SUL AMÉRICA**"), cuja TABELA DE PREÇO SUL AMÉRICA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SEGURO SAÚDE SUL AMÉRICA/ ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA.

2.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Cobertura de Custos Assistenciais à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED PAULISTANA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, cuja Tabela de Preço UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo II.

2.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED**



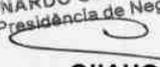
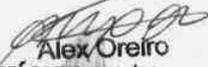
PAULISTANA/ENTIDADE" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nesse contrato, bem como as condições estabelecidas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a gestão da mesma.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO 11º ADITIVO

3.1. 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:

São Paulo, 01 de julho de 2014.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
LEONARDO GUERREIRO
Vice-Presidência de Negócios
 Manlio de Augustinis
Presidente
 Alex Oreiro
Administrador
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP CONTRERA LOPES

CPF: 065729478-07

ASS.: Wagner Ap Contrera Lopes

Nome: Jose Ramiro

CPF: 554 655 172 34

ASS.: Jose Ramiro



ANEXO II

TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Plano	UP Bronze Enf Copart Estadual	UP Bronze Apart Copart Estadual	UP Prata Copart	UP Ouro Copart
Característica	Com Coparticipação	Com Coparticipação	Com Coparticipação	Com Coparticipação
Abrangência	Estado SP	Estado SP	Estado SP	Estado SP
Acomodação	Coletivo	Individual	Individual	Individual
00 - 18	103,56	124,46	161,53	186,85
19 - 23	132,56	159,31	206,76	239,17
24 - 28	140,85	169,27	219,69	254,12
29 - 33	144,99	174,25	226,14	261,60
34 - 38	158,46	190,44	247,15	285,90
39 - 43	181,25	217,83	282,70	327,01
44 - 48	253,75	304,96	395,79	457,83
49 - 53	339,73	408,29	529,88	612,94
54 - 58	381,16	458,07	594,47	687,65
59 ou +	621,29	746,64	968,99	1.120,88

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

LEONARDO GUERREIRO
Vice-Presidente de Negócios

Alex Oreiro
Procurador

ENTIDADE:

Manlio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

1. Wagner de Antunes

2. Carla Ruy



ANEXO I

TABELA DE PREÇO SULAMÉRICA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano na ANS	Referência Adesão Trad.10 REF QC COP	Exato Adesão Trad.10 AHO QC COP	Exato Adesão Trad.10 AHO QC COP	Básico 10 Adesão Trad.10 AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.10 AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.10 AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.10 AHO QP COP
Código ANS	471.663/14-9	471.668/14-0	471.666/14-3	471.670/14-1	471.672/14-8	471.674/14-4	471.676/14-1
Acomodação	Coletivo	Coletivo	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	242,45	160,84	175,76	197,50	217,26	243,81	488,17
19 - 23	379,53	251,77	275,14	309,16	340,08	410,51	821,97
24 - 28	389,84	258,63	282,63	317,56	349,33	415,84	832,66
29 - 33	396,40	262,96	287,39	322,91	355,20	432,12	865,28
34 - 38	408,37	270,90	296,06	332,66	365,94	444,66	890,38
39 - 43	413,97	274,62	300,12	337,21	370,95	451,08	903,23
44 - 48	594,01	394,03	430,64	483,87	532,27	597,29	1.195,99
49 - 53	603,19	400,14	437,30	491,35	540,50	759,10	1.520,02
54 - 58	747,95	496,17	542,26	609,27	670,20	941,28	1.884,82
59 ou mais	1.454,70	964,99	1.054,64	1.184,99	1.303,50	1.462,75	2.929,02

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

LEONARDO GUERREIRO
Vice-Presidente de Negócios

Alex Oreiro
Procurador

ENTIDADE:

Augusto de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

1. Roberto de Castro

2. Sera Raupp



**12º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE A
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 dezembro de 2014**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED SEGUROS SAÚDE

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED SEGUROS SAÚDE**, cujas **Tabelas de Preço UNIMED SEGUROS SAÚDE/ENTIDADE** seguem anexas, denominadas **Anexos I e II**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED SEGUROS/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.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 12º ADITIVO

2.1. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições anteriormente acordadas, não



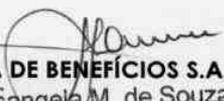
alteradas pelo presente aditivo.

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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 31 de outubro de 2014.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente


QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
Leonardo Divino Costa Cabral
Diretor Executivo Negócios Adesão


Rosângela M. de Souza
Procuradora

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRERA LOPES
CPF: 065 729 478 - 07
ASS: Wagner Ap Contrera

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000

Nome: Vera Ruyss
CPF: 454 655 170 34
ASS: Vera Ruyss

ANEXO I

Tabela de Preço UNIMED SEGUROS SAÚDE/ENTIDADE (SEM COPARTICIPAÇÃO)

Nome do Plano	Básico	Prático	Dinâmico	Líder
Acomodação	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	151,39	196,04	235,25	468,15
19 - 23	193,78	250,93	301,12	599,23
24 - 28	205,88	266,59	319,91	636,62
29 - 33	211,92	274,43	329,32	655,34
34 - 38	231,61	299,93	359,92	716,23
39 - 43	264,90	343,03	411,64	819,16
44 - 48	370,85	480,23	576,28	1146,80
49 - 53	496,51	642,95	771,55	1535,38
54 - 58	557,10	721,42	865,71	1722,76
59 ou +	908,26	1176,15	1411,39	2808,66

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

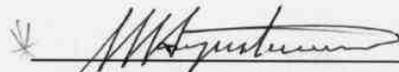
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

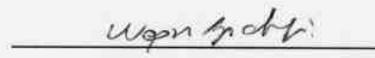

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

Testemunhas:


Rosângela M. de Souza
Procuradora

ENTIDADE:


Manlio de Augustinis
Presidente


WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000

ANEXO II

Tabela de Preço UNIMED SEGUROS SAÚDE/ENTIDADE (COM COPARTICIPACÃO)

Nome do Plano	Básico	Prático	Dinâmico	Líder
Acomodação	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	131,64	170,48	204,56	407,08
19 - 23	168,50	218,20	261,84	521,07
24 - 28	179,02	231,82	278,17	553,58
29 - 33	184,29	238,63	286,36	569,86
34 - 38	201,41	260,81	312,96	622,80
39 - 43	230,35	298,29	357,94	712,30
44 - 48	322,49	417,60	501,12	997,21
49 - 53	431,75	559,09	670,92	1335,11
54 - 58	484,44	627,32	752,79	1498,05
59 ou +	789,80	1022,75	1227,30	2442,32

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ENTIDADE:

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

Rosângela M. de Souza
Procuradora

Testemunhas:

Manlio de Augustinis
Presidente

Wagner Ap. Contrera Lopes
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000

**13º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE A
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 setembro de 2014**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA- DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Cobertura de Custos Assistenciais à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED PAULISTANA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, cuja **TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED PAULISTANA/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.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RETROATIVIDADE

2.1. As partes reconhecem o caráter retroativo de que se reveste este aditivo, concordando com a retroatividade de suas disposições desde a data de 01/09/2014, ratificando-se, pelo presente, todos os atos praticados pelas partes neste intervalo de tempo.

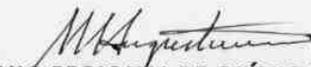


CLÁUSULA TERCEIRA – DO 13º ADITIVO

3.1. 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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 01 de dezembro de 2014.

X 
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente
Rosângela M. de Souza
Procuradora

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
Marcos Mancini
Procurador

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRERA LOPES
CPF: 065729478-07
ASS: Wagner ap Contrera

Nome: Vera Ruy
CPF: 15465517335
ASS: Vera Ruy

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000

X



ANEXO I
TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE

Plano	NEW BRONZE APARTAMENTO UNIPLAN ADESAO	NEW PRATA UNIPLAN ADESAO
Acomodação	Individual	Individual
Registro ANS	470.439/14-8	470.436/14-3
Abrangência	Nacional	Nacional
00 - 18	139,43	190,04
19 - 23	178,47	243,25
24 - 28	189,62	258,46
29 - 33	195,20	266,05
34 - 38	213,34	290,77
39 - 43	244,01	332,59
44 - 48	341,61	465,63
49 - 53	457,35	623,39
54 - 58	513,15	699,38
59 ou +	836,44	1.139,99

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Rosângela M. de Souza
Procuradora

Marcos Mancini
Procurador

ENTIDADE:

Marílio de Augustinis
Presidente

Conselho Regional de Química IV Região
Rua Oscar Freire, 2039 - Pinheiros
05409-011 - São Paulo - SP

Testemunhas:

Wagner Ap. Contrera Lopes

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000

Vera Ruy



**14º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE A
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 dezembro de 2014, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA- DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Cobertura de Custos Assistenciais à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED PAULISTANA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, cuja TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED PAULISTANA/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.

CLÁUSULA SEGUNDA- DO 14º 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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 01 de dezembro de 2014.


*
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente

Rosângela M. de Souza
Procuradora

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.


Marcos Mancini
Procurador

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRERA LOPES

CPF: 065 729 478-07

ASS: 

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000

Nome: 

CPF: 656 655 670-33

ASS: 





ANEXO I
TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE

Plano	NEW OURO UNIPLAN ADESÃO
Acomodação	Individual
Registro ANS	470.388/13-0
Abrangência	Nacional
00 - 18	219,82
19 - 23	281,38
24 - 28	298,96
29 - 33	307,76
34 - 38	336,35
39 - 43	384,72
44 - 48	538,62
49 - 53	721,11
54 - 58	809,00
59 ou +	1.318,68

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Rosângela M. de Souza
Procuradora

Manlio de Augustinis
Manlio de Augustinis
Procurador

ENTIDADE:

Manlio de Augustinis
Manlio de Augustinis
Presidente

Conselho Regional de Química - IV Região
Rua Oscar Freire, 2039 - Pinheiros
05409-011 - São Paulo - SP

Testemunhas:

Wagner Ap. Contrera Lopes
WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000

Vera Lúcia
Vera Lúcia



**15º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE A
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 junho de 2015**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED PAULISTANA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do Contrato de Cobertura de Custos Assistenciais à Saúde Coletivo por Adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **UNIMED PAULISTANA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, cuja **TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE UNIMED PAULISTANA/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.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 15º ADITIVO

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

  
Página 1 de 3


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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 28 de maio de 2015.

Manlio de Augustinis
Presidente



* CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Procurador

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

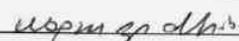


MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRERA LOPES

CPF: 06572947807

ASS: 

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000

Nome: 

CPF: 45465517036

ASS: 



ANEXO I
TABELA DE PREÇO UNIMED PAULISTANA/ENTIDADE

Plano	Padrão Enfermaria Plus Uniplan Adesão	Padrão Apartamento Plus Uniplan Adesão	Integral Plus Uniplan Adesão	Supremo Plus Uniplan Adesão
Acomodação	Coletivo	Coletivo	Individual	Individual
Registro ANS	467.923/12-7	467.922/12-9	467.921/12-1	467.920/12-2
Abrangência	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	140,97	169,41	219,88	254,33
19 - 23	180,44	216,84	281,44	325,55
24 - 28	191,72	230,4	299,04	345,9
29 - 33	197,36	237,18	307,82	356,08
34 - 38	215,7	259,22	336,42	389,16
39 - 43	246,72	296,5	384,81	445,12
44 - 48	345,42	415,11	538,73	623,18
49 - 53	462,45	555,76	721,26	834,32
54 - 58	518,82	623,51	809,18	936,01
59 ou +	845,69	1.016,31	1.318,97	1.525,71

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Procurador

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

ENTIDADE:

Manlio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

Wagner A. Contrera Lopes

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000



**16º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 1º de agosto, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO SAÚDE FIRMADA ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE.

1.1. O **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 **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE** (a "**SUL AMÉRICA**"), cujas **TABELAS DE PREÇO SUL AMÉRICA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** seguem anexas, denominadas **Anexos I e II**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SEGURO SAÚDE SUL AMÉRICA/ ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.

CLÁUSULA SEGUNDA– DO 16º ADITIVO

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

rfi

MSA



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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 25 de junho de 2015.

M. Augustinus
*
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Mantio de Augustinis
Presidente

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

~~QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.~~

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTREY LOPES

CPF: 065 729 478-07

ASS: Wagner Ap. Contre...

Nome: Seu Rufus

CPF: 654 655 170 34

ASS: [Assinatura]



ANEXO I

TABELAS DE PREÇO SUL AMÉRICA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

TABELA VÁLIDA PARA SÃO PAULO

Planos	Referência Adesão Trad.10 REF QG	Exato Adesão Trad.15 F AHO QG	Exato Adesão Trad.15 F AHO QP	Clássico Adesão Trad.15 F AHO QG	Clássico Adesão Trad.15 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.15 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.15 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.15 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.15 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.15 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.15 F AHO QP
Mecanismo de regulação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação
Código ANS	464.057/11-9	473.959/15-1	473.960/15-4	473.941/15-2	473.942/15-1	473.958/15-2	473.958/15-2	473.958/15-2	473.955/15-8	473.955/15-8	473.955/15-8
Abstrigência geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Segmentação assistencial	Referência	Ambulatorial + hospitalar com obstetria									
Acomodação em internação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual						
Multiplo de reembolso de consultas médicas	1,1*	1,1*	1,1*	2,4*	2,4*	2,9*	3,4*	5,1*	6,5*	8,0*	11,0*
00 a 18 anos	307,30	203,86	222,80	251,99	275,39	332,91	347,76	401,52	666,58	799,49	875,29
19 a 23 anos	423,22	280,76	306,84	347,03	379,27	458,47	478,93	552,97	918,02	1.101,05	1.205,45
24 a 28 anos	459,70	304,96	333,29	376,95	411,97	497,99	520,22	600,63	997,15	1.195,96	1.309,36
29 a 33 anos	545,48	361,86	395,48	447,29	488,84	590,92	617,28	712,71	1.183,22	1.419,13	1.553,68
34 a 38 anos	595,12	394,79	431,47	487,99	533,33	644,70	673,45	777,57	1.290,90	1.548,27	1.695,07
39 a 43 anos	658,73	437,00	477,59	540,15	590,34	713,61	745,44	860,69	1.428,90	1.713,78	1.876,27
44 a 48 anos	752,74	499,36	545,74	617,23	674,58	815,45	851,82	983,51	1.632,80	1.958,34	2.144,01
49 a 53 anos	925,79	614,16	671,20	759,13	829,66	1.002,92	1.047,65	1.209,62	2.008,18	2.408,56	2.636,92
54 a 58 anos	1.152,70	764,69	835,71	945,19	1.033,01	1.248,74	1.304,43	1.506,10	2.500,39	2.998,90	3.283,23
59 anos ou mais	1.843,69	1.223,08	1.336,68	1.511,78	1.652,25	1.997,29	2.086,37	2.408,93	3.999,25	4.796,59	5.251,36

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Diniz Costa Guarreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

Testemunhas:

Wagner Ap. Contrera Lopes

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

ENTIDADE:

Manlio de Augustinis
Presidente



ANEXO II
TABELA DE PREÇO SUL AMÉRICA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
TABELA VÁLIDA PARA SÃO PAULO

Planos	Referência Adesão Trad. 10 REF QC	Exato Adesão Trad. 15 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad. 15 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad. 15 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad. 15 F AHO QP COP
Mecanismo de regulação	Sem coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação
Código ANS	466.057/11-9	473.988/15-4	473.990/15-6	473.992/15-2	473.994/15-9	473.998/15-1	473.998/15-1	473.998/15-1	474.003/15-3	474.003/15-3	474.003/15-3
Abrangência geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Segmentação assistencial	Referência	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia									
Comodação em internação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual						
Múltiplo de reembolso de consultas médicas	1,1*	1,1*	1,1*	2,4*	2,4*	2,9*	3,4*	5,1*	6,5*	8,0*	11,0*
00 a 18 anos	307,30	173,28	189,38	214,19	234,09	282,98	295,60	341,30	566,59	679,56	744,00
19 a 23 anos	423,22	238,63	260,81	294,98	322,38	389,72	407,09	470,03	780,31	935,90	1.024,63
24 a 28 anos	459,70	259,20	283,29	320,40	350,16	423,31	442,18	510,54	847,57	1.016,57	1.112,96
29 a 33 anos	545,48	307,56	336,15	380,19	415,51	502,30	524,69	605,81	1.005,73	1.206,27	1.320,64
34 a 38 anos	595,12	335,55	366,75	414,79	453,32	548,01	572,44	660,94	1.097,24	1.316,03	1.440,82
39 a 43 anos	658,73	371,42	405,95	459,14	501,78	606,60	633,63	731,60	1.214,54	1.456,72	1.594,84
44 a 48 anos	752,74	424,42	463,88	524,66	573,38	693,17	724,05	835,99	1.387,85	1.664,60	1.822,43
49 a 53 anos	925,79	521,99	570,53	645,28	705,20	852,53	890,51	1.028,19	1.706,92	2.047,29	2.241,41
54 a 58 anos	1.152,70	649,93	710,37	803,44	878,05	1.061,48	1.108,78	1.280,20	2.125,29	2.549,08	2.790,78
59 anos ou mais	1.843,69	1.039,53	1.136,19	1.285,06	1.404,39	1.697,78	1.773,43	2.047,61	3.399,30	4.077,13	4.463,71

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

ENTIDADE:

Manlio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04224000



**17º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 agosto de 2015**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE**, é o plano de saúde advindo do contrato coletivo que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** (a "**UNIMED - FESP**"), cuja Tabela de Preço **UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DO 17º 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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 31 de julho de 2015.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

~~QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.~~


MARCOS MANCINI
Superintendente de Seguimento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRERA LOPES

CPF: 065 729 478 - 07

ASS: Wagner Ap. Contrera Lp.

Nome: João Paulo

CPF: 456 639 170 34

ASS: João Paulo

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000



ANEXO I
UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano	ADESÃO BRONZE REGIONAL - QUALI	ADESÃO BRONZE APARTAMENTO REGIONAL - QUALI	UNIPLAN ADESÃO BRONZE - QUALI	UNIPLAN ADESÃO BRONZE APARTAMENTO - QUALI	UNIPLAN ADESÃO PRATA - QUALI	UNIPLAN ADESÃO OURO - QUALI
CÓD PLANO	A	B	A	B	B	MA
Cód. ANS	474.088/15-2	474.092/15-1	474.091/15-2	474.090/15-4	474.089/15-1	474.093/15-9
Acomodação	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	122,53	143,6	157,15	185,18	241,81	294,57
19 - 23	156,82	183,79	201,15	236,98	309,49	377,05
24 - 28	166,61	195,28	213,7	251,79	328,78	400,61
29 - 33	171,51	201,02	219,98	259,19	338,46	412,39
34 - 38	187,44	219,68	240,42	283,27	369,88	450,71
39 - 43	214,39	251,29	274,98	324,01	423,06	515,53
44 - 48	300,15	351,8	384,95	453,58	592,3	721,69
49 - 53	401,85	470,99	515,39	607,27	793	966,22
54 - 58	450,89	528,48	578,28	681,38	889,74	1.084,02
59 ou +	735,11	861,6	942,8	1.110,86	1.450,55	1.767,30

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

ENTIDADE:

Manlio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

[Assinatura]

[Assinatura]

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000



CRQ-IV

**18º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 outubro de 2015**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE**, é o plano de saúde advindo do contrato coletivo que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** (a "**UNIMED - FESP**"), cuja Tabela de Preço **UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

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

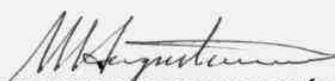
CLÁUSULA SEGUNDA- DO 18º ADITIVO

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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 02 de setembro de 2015.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente

Rosângela M. de Souza
Procuradora


QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
Superintendente de Relacionamento


MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AL. CONTREIM LORGES
CPF: 065 729 478 07
ASS: wagner al contreim lorges

Nome: Marcos Mancini
CPF: 271 216 378 - 80
ASS: Marcos Mancini





ANEXO I
UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano	ADESAO BRONZE REGIONAL - QUALI	ADESAO BRONZE APARTAMENTO REGIONAL - QUALI
Cód. ANS	474.088/15-2	474.092/15-1
Acomodação	Coletiva	Individual
Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
00 - 18	132,20	154,93
19 - 23	169,20	198,31
24 - 28	179,78	210,71
29 - 33	185,06	216,90
34 - 38	202,25	237,03
39 - 43	231,33	271,12
44 - 48	323,86	379,58
49 - 53	433,59	508,20
54 - 58	486,50	570,22
59 ou +	793,16	929,65

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS: **MARCOS MANCINI**
 Superintendente de Relacionamento

Rosângela M. de Souza
 Procuradora

ENTIDADE:

Manlio de Augustinis
 Presidente

Testemunhas:

[Assinatura]

[Assinatura]
WAGNER AP. CONTRERA LOPES
 Gerente de Fiscalização
 CRQ-IV Nº 04321000



**1º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 Rua Doutor Plínio Barreto, 365 (parte), Bela Vista, em São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 outubro de 2015, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE**, é o plano de saúde advindo do contrato coletivo que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** (a "**UNIMED - FESP**"), cuja Tabela de Preço **UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

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

CLÁUSULA SEGUNDA- DO 1º ADITIVO

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

MA
wp *A*

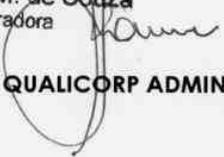


E por estar assim justo e acordado, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, juntamente com as 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 08 de setembro de 2015.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Manlio de Augustinis
Presidente

Rosângela M. de Souza
Procuradora


QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.


MARCOS MARINHO
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRERA LOPES

CPF: 065 729 478 07

ASS: Wagner Ap. Contrera Lopes

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000

Nome: Mauron Cesar Loto

CPF: 271 216 378-80

ASS: Mauron Cesar Loto





ANEXO I
UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano	ADESÃO BRONZE REGIONAL - QUALI	ADESÃO BRONZE APARTAMENTO REGIONAL - QUALI	UNIPLAN ADESÃO BRONZE - QUALI	UNIPLAN ADESÃO BRONZE APARTAMENTO - QUALI	UNIPLAN ADESÃO PRATA - QUALI	UNIPLAN ADESÃO OURO - QUALI
Cód. ANS	474.088/15-2	474.092/15-1	474.091/15-2	474.090/15-4	474.089/15-1	474.093/15-9
Acomodação	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	147,10	172,39	176,33	207,78	271,32	330,52
19 - 23	188,26	220,65	225,70	265,90	347,26	423,05
24 - 28	200,03	234,45	239,79	282,51	368,89	449,50
29 - 33	205,92	241,34	246,82	290,82	379,75	462,72
34 - 38	225,04	263,74	269,75	317,84	415,01	505,71
39 - 43	257,40	301,67	308,54	363,54	474,68	578,43
44 - 48	360,34	422,35	431,93	508,92	664,57	809,74
49 - 53	482,44	565,46	578,28	681,36	889,75	1.084,12
54 - 58	541,32	634,47	648,84	764,51	998,31	1.216,29
59 ou +	882,54	1.034,40	1.057,83	1.246,41	1.627,55	1.982,95

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Rosângela M. de Souza
Procuradora

MARCOS MANCINI
Suplente de Direção de Beneficiamento

ENTIDADE:

Mantio de Augustinis
Presidente

Testemunhas:

Marcos Mancini

Wagner Ap. Contrera Lopes

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente da Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000



**20º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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, Sala 2002, Alphaville Industrial, em Barueri (SP), CEP 06.455-030, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**.

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de setembro de 2016, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do contrato coletivo que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** (a "**UNIMED - FESP**"), cuja Tabela de Preço UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE segue anexa, denominada Anexo I.

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



CLÁUSULA SEGUNDA- DO 20º 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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 15 de agosto de 2016.



CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Hans Viertler
Presidente

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

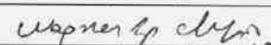
~~QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A~~


MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER APARECIDO C. LOPES

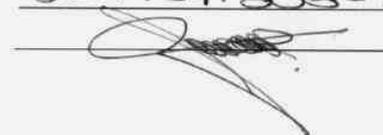
CPF: 065 729 478 - 07

ASS: 

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000

Nome: 

CPF: 300.754.203-93

ASS: 





ANEXO I

TABELA DE PREÇOS UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano	UNIPLAN ADESÃO BÁSICO - ADM	UNIPLAN ADESÃO BÁSICO APARTAMENTO - ADM	UNIPLAN ADESÃO ESPECIAL - ADM	UNIPLAN ADESÃO MASTER - ADM
Cód. ANS	476.200/16-2	476.202/16-9	476.204/16-5	476.198/16-7
Acomodação	COLETIVA	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL
Abrangência Geográfica	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL
00 - 18	229,95	270,98	353,83	431,04
19 - 23	294,33	346,76	452,86	551,70
24 - 28	312,71	368,43	481,08	586,19
29 - 33	321,89	379,26	495,24	603,44
34 - 38	351,79	414,50	541,22	659,50
39 - 43	402,35	474,11	619,03	754,35
44 - 48	563,29	663,69	866,68	1.055,99
49 - 53	754,15	888,58	1.160,35	1.413,81
54 - 58	846,16	997,02	1.301,91	1.586,18
59 ou +	1.379,54	1.625,47	2.122,52	2.585,99

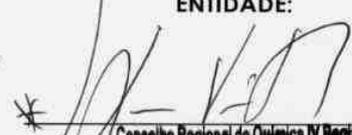
Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

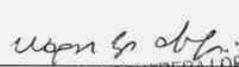
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:


Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

ENTIDADE:


Conselho Regional de Química IV Região
Hans Vierter
Presidente
CRQ-IV nº 04200026

Testemunhas:


WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000



**21º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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, 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 novembro de 2016, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

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

1.1. O **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 SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SEGURO SAÚDE SULAMÉRICA/ ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.



CLÁUSULA SEGUNDA- DO 21º 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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 25 de outubro de 2016.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Hans Viertler
Presidente
Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.


MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRAM LOPES

CPF: 065729478-07

ASS: Wagner Ap. Contram Lopes

Nome: Cláudia Almeida

CPF: 300.754.003-98

ASS: Cláudia Almeida



ANEXO I

**TABELA DE PREÇO SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
SÃO PAULO**

Planos	Referência Adesão Trad. 10 REF QIC	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QIC	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QP	Clássico Adesão Trad. 16 F AHO QIC	Clássico Adesão Trad. 16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP
Mecanismo de regulação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação	Sem coparticipação
Código ANS	466.057/11-9	476.927/16-9	476.941/16-4	476.920/16-1	476.916/16-3	476.937/16-6	476.937/16-6	476.937/16-6	476.934/16-1	476.934/16-1	476.934/16-1
Abrangência geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Segmentação assistencial	Referência	Ambulatorial + hospitalar com obstetria									
Acomodação em internação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual						
Múltiplo de reembolso de consultas médicas	1,1*	1,1*	1,1*	2,4*	2,4*	2,9*	3,4*	5,1*	6,5*	8,0*	11,0*
00 a 18 anos	367,1	243,53	266,16	301,03	328,98	397,69	415,43	479,66	796,3	955,07	1.045,62
19 a 23 anos	505,58	335,4	366,55	414,56	453,08	547,69	572,13	660,58	1.096,67	1.315,31	1.440,03
24 a 28 anos	549,16	364,31	398,15	450,3	492,14	594,9	621,45	717,51	1.191,20	1.428,69	1.564,16
29 a 33 anos	651,63	432,28	472,44	534,33	583,97	705,91	737,4	851,4	1.413,47	1.695,29	1.856,03
34 a 38 anos	710,93	471,62	515,43	582,95	637,12	770,16	804,5	928,89	1.542,11	1.849,56	2.024,93
39 a 43 anos	786,92	522,04	570,53	645,26	705,22	852,48	890,5	1.028,18	1.706,96	2.047,28	2.241,39
44 a 48 anos	899,22	596,54	651,94	737,34	805,85	974,14	1.017,58	1.174,90	1.950,54	2.339,43	2.561,23
49 a 53 anos	1.105,95	733,68	801,82	906,86	991,11	1.198,09	1.251,52	1.445,01	2.398,97	2.877,27	3.150,06
54 a 58 anos	1.377,02	913,5	998,34	1.129,12	1.234,03	1.491,74	1.558,27	1.799,19	2.986,97	3.582,49	3.922,15
59 anos ou mais	2.202,47	1.461,09	1.596,80	1.805,97	1.973,78	2.385,96	2.492,38	2.877,71	4.777,50	5.730,01	6.273,27

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

ENTIDADE:

Conselho Regional de Química IV Região
Hans Vierter
Presidente
CRQ-IV nº 04206026

Testemunhas:

Wagner Ap. Contrera Lopes
WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV nº 04321000



Planos	Referência Adesão	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP
	Trad.10 REF QC										
Mecanismo de regulação	Sem coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação
Código ANS	466.057/11-9	476.942/16-2	476.939/16-2	476.918/16-0	476.914/16-7	476.936/16-8	476.936/16-8	476.936/16-8	476.932/16-5	476.932/16-5	476.932/16-5
Abrangência geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Segmentação assistencial	Referência	Ambulatorial + hospitalar com obstetria	Ambulatorial + hospitalar com obstetria	Ambulatorial + hospitalar com obstetria	Ambulatorial + hospitalar com obstetria	Ambulatorial + hospitalar com obstetria	Ambulatorial + hospitalar com obstetria				
Acomodação em internação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Múltiplo de reembolso de consultas médicas	1,1*	1,1*	1,1*	2,4*	2,4*	2,9*	3,4*	5,1*	6,5*	8,0*	11,0*
00 a 18 anos	367,1	207	226,23	255,87	279,64	338,05	353,12	407,72	676,85	811,8	888,78
19 a 23 anos	505,58	285,07	311,56	352,38	385,12	465,56	486,31	561,5	932,16	1.118,03	1.224,02
24 a 28 anos	549,16	309,64	338,42	382,75	418,3	505,69	528,23	609,89	1.012,51	1.214,39	1.329,54
29 a 33 anos	651,63	367,41	401,56	454,17	496,37	600,05	626,79	723,7	1.201,45	1.441,01	1.577,64
34 a 38 anos	710,93	400,85	438,12	495,51	541,54	654,65	683,84	789,56	1.310,76	1.572,13	1.721,20
39 a 43 anos	786,92	443,7	484,95	548,49	599,43	724,64	756,93	873,97	1.450,89	1.740,20	1.905,20
44 a 48 anos	899,22	507,01	554,15	626,76	684,96	828,06	864,95	998,67	1.657,93	1.988,53	2.177,07
49 a 53 anos	1.105,95	623,57	681,56	770,85	842,43	1.018,43	1.063,80	1.228,28	2.039,09	2.445,69	2.677,59
54 a 58 anos	1.377,02	776,41	848,61	959,79	1.048,92	1.268,04	1.324,55	1.529,33	2.538,87	3.045,13	3.333,87
59 anos ou mais	2.202,47	1.241,82	1.357,29	1.535,13	1.677,68	2.028,17	2.118,54	2.446,07	4.060,80	4.870,54	5.332,35

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCO S. MANCINI
Supervisor Técnico de Reajuste/Preçoamento

ENTIDADE:

Conselho Regional de Química IV Região
Hana Viertler
Presidente
CRO-IV nº 04209026

Testemunhas:

Wagner Ap. Contrera Lopes
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000



**22º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 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 designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**.

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de Março de 2017, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

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

1.1. O **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 SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SEGURO SAÚDE SULAMÉRICA/ ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO.

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



Handwritten signatures and initials.

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:

São Paulo, 21 de Fevereiro de 2017.



CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO **Hans Viertler**
Presidente

Leonardo Divino Costa Guerraio
Diretor Executivo Negócios Adesão

QUATICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.



MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

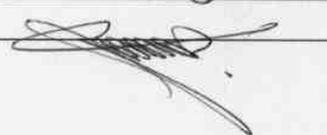
Nome: WAGNER AP CONTRERA LOPES

CPF: 065.729.478-07

ASS: Wagner Ap Cont L.

Nome: Gláucia Almeida

CPF: 300.754.003-98

ASS: 



ANEXO I

TABELAS DE PREÇO SUL AMÉRICA/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

TABELAS VÁLIDA PARA SÃO PAULO

Nome do Plano	Referência Adesão Trad. 10 REF QC	506 - Exato QC	506 - Exato QF	506 - Clássico Adesão Trad. 15 HO QC	506 - Clássico QF	506 - Especial 100 QP	506 - Especial 100 QP	506 - Especial 100 QP	506 - Executivo QP	506 - Executivo QP	506 - Executivo QP
Coparticipação	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Cód. ANS	446.057/11-9	466.063/11-3	466.062/11-5	474.0021/55	466.068/11-4	466.059/11-5	466.059/11-5	466.059/11-5	466.061/11-7	466.061/11-7	466.061/11-7
Segmentação	Referência	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	367,10	121,77	133,08	150,52	164,50	198,84	207,72	239,83	398,15	477,53	522,82
19 - 23	505,58	167,69	183,28	207,29	226,54	273,85	286,07	330,29	548,33	657,66	720,03
24 - 28	549,16	182,15	199,08	225,16	246,06	297,46	310,74	358,77	595,60	714,35	782,09
29 - 33	651,63	216,14	236,23	267,17	291,98	352,96	368,73	425,72	706,74	847,64	928,03
34 - 38	710,93	235,80	257,72	291,49	318,54	385,07	402,28	464,46	771,04	924,78	1.012,48
39 - 43	786,92	261,01	285,28	322,65	352,59	426,23	445,29	514,11	853,47	1.023,63	1.120,71
44 - 48	899,22	298,26	325,98	368,68	402,89	487,05	508,83	587,47	975,27	1.169,70	1.280,65
49 - 53	1.105,95	366,83	400,93	453,45	495,53	599,03	625,80	722,54	1.199,47	1.438,62	1.575,07
54 - 58	1.377,02	456,73	499,20	564,58	616,99	745,85	779,19	899,64	1.493,47	1.791,22	1.961,12
59 ou +	2.202,47	730,52	798,45	903,01	986,82	1.192,95	1.246,27	1.438,92	2.388,72	2.864,96	3.136,71

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

Testemunhas:



ENTIDADE:

Hans Viertler
Presidente

Wagner Ap. Contrera Lopes
CPF 065729478 07




**23º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 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 designado simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**.

Resolvem as partes firmar o presente aditivo ao convênio a fim de disponibilizar, a partir de 1º de Agosto de 2017, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

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

1.1. O **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 SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I, II e III**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SEGURO SAÚDE SULAMÉRICA/ ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.



Página 1 de 5

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:

São Paulo, 21 de junho de 2017.

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

Hans Vierter
Presidente

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. C. LOPES
CPF: 065.729.478 - 07
ASS: Wagner Ap. Costa Ep. S.

Nome: Elaine Almeida
CPF: 300.754.003-98
ASS: [Assinatura]



ANEXO I

**TABELA DE PREÇOS SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
TABELAS VÁLIDAS PARA SÃO PAULO**

Nome do Plano	Referência Adesão Trad.10 REF QC	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP
Coparticipação	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Cód. ANS	466.057/11-9	476.927-16/9	476.941-16/4	476.920-16/1	476.916-16/3	476.937-16/6	476.937-16/6	476.937-16/6	476.934-16/1	476.934-16/1	476.934-16/1
Acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Referência	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp p c/ Obs	Amb+Hosp p c/ Obs	Amb+Hosp p c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	385,46	255,70	279,46	316,08	345,43	417,58	436,20	503,64	836,11	1.002,83	1.097,90
19 - 23	530,86	352,15	384,87	435,30	475,72	575,08	600,73	693,61	1.151,50	1.381,10	1.512,03
24 - 28	576,62	382,51	418,04	472,83	516,73	624,66	652,51	753,40	1.250,75	1.500,14	1.642,36
29 - 33	684,22	453,89	496,05	561,06	613,16	741,21	774,27	893,98	1.484,15	1.780,07	1.948,84
34 - 38	746,47	495,19	541,19	612,12	668,95	808,66	844,73	975,34	1.619,20	1.942,06	2.126,18
39 - 43	826,27	548,13	599,04	677,55	740,47	895,11	935,03	1.079,60	1.792,29	2.149,67	2.353,46
44 - 48	944,18	626,34	684,53	774,24	846,12	1.022,83	1.068,46	1.233,67	2.048,05	2.456,42	2.689,30
49 - 53	1.161,26	770,35	841,90	952,23	1.040,65	1.258,00	1.314,10	1.517,29	2.518,90	3.021,15	3.307,58
54 - 58	1.445,88	959,15	1.048,25	1.185,63	1.295,71	1.566,33	1.636,18	1.889,17	3.136,29	3.761,64	4.118,26
59 ou +	2.312,60	1.534,11	1.676,62	1.896,35	2.072,43	2.505,25	2.617,00	3.021,64	5.016,32	6.016,55	6.586,95

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

ENTIDADE

Leonardo Divino Costa Guerraire
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCOS MANCINI
Superintendente de Registros

Testemunhas:

Wagner Ap. Contreras Lopes
WAGNER AP. CONTRERAS LOPES
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV N° 04321000

Conselho Regional de Química IV Região
Hans Vierrier
Presidente
CRQ-IV n° 04200026



ANEXO II

**TABELA DE PREÇOS SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
TABELAS VÁLIDAS PARA SÃO PAULO**

Nome do Plano	Referência Adesão Trad.10 REF QC	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP
Coparticipação	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cód. ANS	466.057/1-1-9	476.942-16/2	476.939-16/2	476.918-16/0	476.914-16/7	476.936-16/8	476.936-16/8	476.936-16/8	476.932-16/5	476.932-16/5	476.932-16/5
Acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Referência	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs	Amb+Hos p c/ Obs
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	385,46	217,35	237,53	268,67	293,61	354,93	370,77	428,09	710,69	852,40	933,21
19 - 23	530,86	299,33	327,13	370,01	404,37	488,82	510,62	589,57	978,77	1.173,93	1.285,22
24 - 28	576,62	325,14	355,34	401,91	439,23	530,95	554,64	640,40	1.063,14	1.275,13	1.396,01
29 - 33	684,22	385,80	421,64	476,90	521,19	630,03	658,13	759,89	1.261,52	1.513,06	1.656,51
34 - 38	746,47	420,92	460,02	520,30	568,60	687,36	718,02	829,04	1.376,32	1.650,75	1.807,25
39 - 43	826,27	465,90	509,19	575,92	629,39	760,85	794,78	917,67	1.523,44	1.827,22	2.000,45
44 - 48	944,18	532,39	581,84	658,10	719,21	869,41	908,19	1.048,61	1.740,84	2.087,96	2.285,91
49 - 53	1.161,26	654,79	715,61	809,40	884,55	1.069,29	1.116,98	1.289,70	2.141,07	2.567,98	2.811,43
54 - 58	1.445,88	815,27	891,02	1.007,78	1.101,36	1.331,38	1.390,76	1.605,80	2.665,84	3.197,39	3.500,52
59 ou +	2.312,60	1.304,00	1.425,13	1.611,90	1.761,56	2.129,46	2.224,45	2.568,39	4.263,88	5.114,07	5.598,91

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

ENTIDADE

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Conselho Regional de Química IV Região
Hans Viertel
Presidente
CRQ-IV nº 04200026

Testemunhas:

Wagner Ap. Contrera Lopes

WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000



[Handwritten signature]

ANEXO III

**TABELA DE PREÇOS SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
TABELAS VÁLIDAS PARA SÃO PAULO**

Nome do Plano	Referência Adesão Trad. 16 REF QC	Exato Adesão Trad. 16 HO QC	Exato Adesão Trad. 16 HO QP	Clássico Adesão Trad. 16 HO QC	Clássico Adesão Trad. 16 HO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 HO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 HO QP	Especial 100 Adesão Trad. 16 HO QP	Executivo Adesão Trad. 16 HO QP	Executivo Adesão Trad. 16 HO QP	Executivo Adesão Trad. 16 HO QP
Capaticipação	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Cód. ANS	466.057/11-9	477.049/16-8	477.044/16-7	477.045/16-5	477.046/16-3	477.047/16-1	477.047/16-1	477.047/16-1	477.048/16-0	477.048/16-0	477.048/16-0
Acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Referência	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	231,29	153,42	167,68	189,65	207,26	250,54	261,72	302,19	501,67	601,70	658,74
19 - 23	318,53	211,29	230,92	261,18	285,43	345,05	360,44	416,17	690,90	828,65	907,22
24 - 28	345,99	229,51	250,83	283,70	310,04	374,80	391,51	452,05	750,46	900,08	985,42
29 - 33	410,55	272,33	297,63	336,63	367,89	444,73	464,56	536,39	890,49	1.068,04	1.169,29
34 - 38	447,91	297,11	324,71	367,27	401,37	485,20	506,84	585,21	971,53	1.165,24	1.275,71
39 - 43	495,79	328,87	359,43	406,53	444,28	537,07	561,02	647,76	1.075,37	1.289,80	1.412,07
44 - 48	566,55	375,80	410,72	464,54	507,68	613,71	641,07	740,20	1.228,83	1.473,85	1.613,58
49 - 53	696,80	462,20	505,14	571,34	624,39	754,79	788,46	910,37	1.511,34	1.812,69	1.984,55
54 - 58	867,58	575,49	628,95	711,37	777,43	939,79	981,72	1.133,50	1.881,78	2.256,98	2.470,96
59 ou +	1.387,65	920,47	1.005,97	1.137,82	1.243,46	1.503,16	1.570,20	1.812,97	3.009,80	3.609,93	3.952,17

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guerraire
Diretor Executivo Negócios Adesão

ENTIDADE:

MARCOS MANCINI
Supervisor Técnico de Relacionamento

Conselho Regional de Química IV Região
Hans Vierter
Presidente
CRQ-IV nº 04200026

Testemunhas:

Wagner Ap. Contrera Lopes
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000



[Handwritten mark]

24º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
E A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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, 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 setembro 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 UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE**, é o plano de saúde advindo do contrato coletivo que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** (a "**UNIMED - FESP**"), cuja Tabela de Preço **UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

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



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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 28 de Julho de 2017.


Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Artesão

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO


Hans Viertler
Presidente

~~QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.~~

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRELA LOPES
CPF: 06572947807
ASS: Wagner Ap Contrela

Nome: Carla Maria Almeida
CPF: 300.754.008-93
ASS: [Handwritten Signature]



ANEXO I

UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano	Adesão Básico - ADM	Adesão Básico Apartamento - ADM	Adesão Especial - ADM	Adesão Master - ADM	Adesão Participativo Básico - ADM	Adesão Participativo Básico Apartamento - ADM	Adesão Participativo Especial - ADM	Adesão Participativo Master - ADM
Coparticipação	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Cód. ANS	478640178	478641176	478635171	478637178	478639174	478642174	478636170	478638176
Acomodação	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual
00 - 18	246,95	291,01	379,98	462,9	223,59	263,48	344,03	419,11
19 - 23	316,09	371,8	486,33	592,48	286,18	336,63	440,32	536,43
24 - 28	335,82	395,66	516,64	629,52	304,05	358,23	467,76	569,97
29 - 33	345,68	407,29	531,85	648,05	312,98	368,76	481,53	586,74
34 - 38	377,79	445,14	581,22	708,25	342,05	403,03	526,23	641,25
39 - 43	432,09	509,15	664,78	810,1	391,21	460,98	601,9	733,47
44 - 48	604,92	712,74	930,74	1.134,04	547,69	645,32	842,69	1.026,76
49 - 53	809,88	954,26	1.246,11	1.518,30	733,27	863,98	1.128,23	1.374,67
54 - 58	908,7	1.070,71	1.398,14	1.703,41	822,74	969,42	1.265,87	1.542,27
59 ou +	1.481,51	1.745,60	2.279,39	2.777,12	1.341,35	1.580,48	2.063,77	2.514,40

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

ENTIDADE:

Hans Viertler
Presidente

Testemunhas:

[Handwritten signature]

Wagner Lopes

WAGNER LOPES
Gestor de Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000



25º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
E A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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, 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 janeiro de 2018, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE**, é o plano de saúde advindo do contrato coletivo que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** (a "**UNIMED - FESP**"), cuja Tabela de Preço **UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

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



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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 15 de dezembro de 2017.


* CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Hans Vlerlier
Presidente

Leonardo Divino Costa Guarniero
Diretor Executivo Negócios Adesão

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

MARCOS MANCINI
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: Alison Guarniero
CPF: 156321728-03
ASS: _____

Nome: Aline Cristina Gonçalves Garenheri
CPF: 41996588-58
ASS: Aline Garenheri



ANEXO I

UNIMED-FESP/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do Plano	Adesão Básico - ADM	Adesão Básico Apartamento - ADM	Adesão Especial - ADM	Adesão Máster ADM	Adesão Participativo Básico - ADM	Adesão Participativo Básico Apartamento - ADM	Adesão Participativo Especial - ADM	Adesão Participativo Máster ADM
Coparticipação	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Cód. ANS	478.640/17-8	478.641/17-6	478.635/17-1	478.637/17-8	478.639/17-4	478.642/17-4	478.636/17-0	478.638/17-6
Acomodação	Coletivo	Individual	Individual	Individual	Coletivo	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs	Amb + Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual
00 - 18	220,40	259,73	339,14	413,13	199,55	235,16	307,04	374,05
19 - 23	282,11	331,83	434,05	528,78	255,41	300,44	392,99	478,76
24 - 28	299,72	353,13	461,10	561,85	271,36	319,72	417,48	508,69
29 - 33	308,52	363,51	474,67	578,38	279,33	329,12	429,77	523,66
34 - 38	337,17	397,28	518,73	632,12	305,28	359,70	469,67	572,32
39 - 43	385,66	454,41	593,32	723,01	349,17	411,43	537,20	654,62
44 - 48	539,89	636,11	830,68	1.012,13	488,82	575,95	752,10	916,38
49 - 53	722,82	851,68	1.112,15	1.355,09	654,44	771,10	1.006,94	1.226,89
54 - 58	811,01	955,62	1.247,83	1.520,30	734,30	865,20	1.129,79	1.376,47
59 ou +	1.322,24	1.557,90	2.034,35	2.478,58	1.197,16	1.410,57	1.841,92	2.244,10

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

Leonardo Divino Costa Guaita
 Diretor Executivo Negócios Adesão

MAYCOS MANCINI
 Superintendente de Reajustamento

ENTIDADE:

[Assinatura]
 Conselho Regional de Química IV Região
 Hans Viertel
 Presidente
 CRQ-IV nº 04200026

Testemunhas:

Alison Guaita
 Conselho Regional de Química IV Região
 Alison Guaita
 Supervisor
 CRQ-IV nº 04232852

Alnei Garanhani



**26º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A**

Pelo presente instrumento, de um lado,

► **CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 01.426-000, neste ato ao final devidamente representada em conformidade 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 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 designado 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 SAÚDE FIRMADA ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A SULAMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A

1.1. O **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 SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I e II**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**SEGURO SAÚDE SULAMÉRICA/ ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.



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:

São Paulo, 13 de junho de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Hans Viertler
Presidente

Leonardo Divino Costa Guarniero
Diretor Executivo Negócios Adesão

MARCOS FANCINI
Superintendente de Relacionamento

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRERAS LOPES

Nome: Aline Brito Gonçalves Geronchi

CPF: 065 729 478 07

CPF: 419.965.198-59

ASS: Wagner Ap. Contreras

ASS: Aline Geronchi



ANEXO I

**TABELA DE PREÇOS SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
TABELAS VÁLIDAS PARA SÃO PAULO**

Nome do Plano	Vital 100 SP Adesão Trad.16 F AHO QC	Vital 200 SP Adesão Trad.16 F AHO QP
Coparticipação	Não	Não
Acomodação	Coletivo	Individual
Segmentação	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Grupo Municípios	Grupo Municípios
00 a 18 anos	255,70	279,46
19 a 23 anos	352,15	384,87
24 a 28 anos	382,51	418,04
29 a 33 anos	453,88	496,05
34 a 38 anos	495,19	541,19
39 a 43 anos	548,12	599,04
44 a 48 anos	626,34	684,53
49 a 53 anos	770,33	841,90
54 a 58 anos	959,14	1.048,25
59 anos ou +	1.534,15	1.676,68

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Leonardo Divino Costa Guarniero
Diretor Executivo Negócios

MARCOS MANCINI
Superintendente de Reajustamento

ENTIDADE

Hans Viertler
Presidente

Testemunhas:

Aline Gorencher

Wagner Ap. Contrera Lopes
Wagner Ap. Contrera Lopes
Gerente de Fiscalização
CRO-IV Nº 04321000



ANEXO II

**TABELA DE PREÇOS SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
TABELAS VÁLIDAS PARA SÃO PAULO**

Nome do Plano	Vital 100 SP Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Vital 200 SP Adesão Trad.16 F AHO QP COP
Coparticipação	SIM	SIM
Acomodação	Coletivo	Individual
Segmentação	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Grupo Municípios	Grupo Municípios
00 a 18 anos	217,35	237,54
19 a 23 anos	299,33	327,14
24 a 28 anos	325,14	355,34
29 a 33 anos	385,80	421,65
34 a 38 anos	420,92	460,03
39 a 43 anos	465,92	509,21
44 a 48 anos	532,40	581,88
49 a 53 anos	654,80	715,65
54 a 58 anos	815,30	891,05
59 anos ou +	1.304,07	1.425,23

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Leonardo Divino Costa Guerreiro
Diretor Executivo Negócios Adm.

ENTIDADE

[Handwritten Signature]
Hans Viertler
Presidente

Testemunhas:

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]

WAGNER AP. CORRÊA LOPES
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV. Nº 04321000



CRQ-15

**27º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE CONSELHO REGIONAL DE
QUÍMICA IV REGIÃO E A
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**

Pelo presente instrumento, de um lado,

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 05.409-011, neste ato, ao final devidamente representada em conformidade com seus atos constitutivos, doravante denominada 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 01 de setembro de 2018**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – COLETIVO POR ADESÃO, FIRMADO ENTRE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E MAPFRE SAÚDE LTDA.

1.1. O **benefício** a ser oferecido pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** aos **beneficiários** da **ENTIDADE** é o plano de saúde advindo do contrato coletivo por adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, na qualidade de contratante, mantém com a **MAPFRE SAÚDE LTDA.** (a "**MAPFRE**"), cuja **TABELA DE PREÇO MAPFRE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**MAPFRE/ENTIDADE**" comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nesse contrato coletivo, bem como as condições estabelecidas pela



[Handwritten signatures]

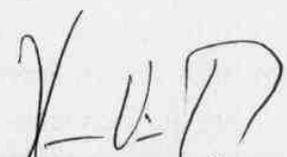
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS para a gestão do mesmo.

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 02 (duas) testemunhas abaixo.

São Paulo, 07 de agosto de 2018.


CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO
Hans Viertler
Presidente

Elton Hugo Carluci
Diretor Executivo
de Estratégia e M&A

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. Marcos Mancini
Suplementante de Relacionamento

Testemunhas:

Nome:

WAGNER APARECIDA CONTINI LOPES

CPF: 065.729.478-07

ASS: Wagner Ap. Contini L.

Nome:

Alene Cristina G. Garanhani

CPF: 419.965.198-59

ASS: Alene Garanhani



ANEXO I
TABELA DE PREÇO MAPFRE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE

Nome do plano	Viva Bem - Básico ENF	Viva Bem - Básico APTO	Viva Equilíbrio - Intermediário APTO	Viva Tranquilo - Executivo APTO	Viva Referência - ENF
Coparticipação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Registro ANS	480.768/18-5	480.769/18-3	480.770/18-7	480.771/18-5	481.022/18-8
Tipo de Contratação	Coletivo por Adesão	Coletivo por Adesão	Coletivo por Adesão	Coletivo por Adesão	Coletivo por Adesão
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria	Referência			
Área geográfica de abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual	Individual	Individual	Coletivo
00 - 18	211,05	230,65	323,12	713,30	367,12
19 - 23	263,81	288,30	403,90	891,63	458,89
24 - 28	327,12	357,50	500,84	1.105,61	569,03
29 - 33	400,98	438,22	613,93	1.355,27	697,53
34 - 38	481,19	525,86	736,71	1.626,33	837,03
39 - 43	493,85	539,70	756,10	1.669,13	859,06
44 - 48	538,75	588,77	824,85	1.820,89	937,16
49 - 53	631,42	690,04	966,72	2.134,08	1.098,35
54 - 58	856,72	936,26	1.311,67	2.895,59	1.490,27
59 ou +	1.266,25	1.383,81	1.938,66	4.279,68	2.202,63

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

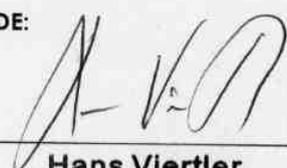
De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

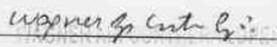
 Elton Hugo Carlucci
 Diretor Executivo
 de Estratégia e M&A

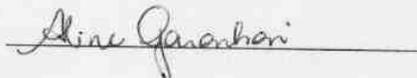
Marcos Mancini
 Superintendente de Relacionamento

ENTIDADE:


 Hans Viertler
 Presidente

Testemunhas:


 Wagner de Castro
 Gerente da Fiscalização
 CRQ-IV Nº 94321009


 Aline Gasparini



CRQ-IV

**28º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E QUALICORP ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS S.A.**

Pelo presente instrumento, de um lado,

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO, inscrito no CNPJ/ME sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 05.409-011, neste ato, ao final devidamente representada em conformidade com seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente **ENTIDADE**, e, de outro lado,

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Rua Doutor Plínio Barreto, nº 365, Bela Vista, no município de São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 01 de maio de 2019, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL.

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 por adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**. (a "**CENTRAL NACIONAL UNIMED**"), cuja **TABELA DE PREÇO CENTRAL NACIONAL UNIMED/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado "**PLANO DE SAÚDE CENTRAL NACIONAL UNIMED/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.



Página 1 de 3

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória n.º 2.200/2001 em vigor no Brasil.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

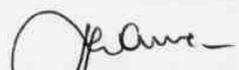
3.1. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições anteriormente acordadas, não alteradas pelo presente aditivo.

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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 04 de abril de 2019.


*
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

Hane Viertel
Presidente


QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
Rosângela M. de Souza
Procuradora


Marcos Mancini
Superintendente de Relacionamento

Testemunhas:

Nome: WAGNER AP. CONTRELY LOPES
CPF: 065.729.478-07
ASS: Wagner Ap. Contrely Lopes

Nome: Stephanie B. Szik
CPF: 432.560.678-59
ASS: [Handwritten Signature]



Página 2 de 3

ANEXO I
TABELA DE PREÇO CENTRAL NACIONAL UNIMED/ENTIDADE

Nome do Plano	Uniplan Múltiplo Adesão - Enfermaria	Qualicorp Estilo Nacional ADS - E (EF)	Qualicorp Estilo Nacional ADS - A (EF)	Qualicorp Absoluto Nacional ADS - A (EF)	Qualicorp Superior Nacional ADS - A (EF)	Qualicorp Estilo Nacional ADS I - E (EF)	Qualicorp Estilo Nacional ADS I - A (EF)	Qualicorp Absoluto Nacional ADS I - A (EF)	Qualicorp Superior Nacional ADS I - A (EF)
Registro ANS	433.128/00-1	482.195/19-5	482.196/19-3	482.197/19-1	482.198/19-0	482.199/19-8	482.208/19-1	482.207/19-2	482.206/19-4
Padrão de acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual
Segmentação Assistencial	Referência	A+H+O	A+H+O	A+H+O	A+H+O	A+H+O	A+H+O	A+H+O	A+H+O
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Participação	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
00 - 18	2.121,70	271,52	319,97	417,81	508,96	245,83	289,70	378,26	460,82
19 - 23	2.865,70	347,55	408,80	534,74	651,44	314,66	370,13	484,14	589,81
24 - 28	3.532,44	369,25	435,04	568,05	692,17	334,30	393,88	514,32	626,68
29 - 33	3.796,35	380,08	447,83	584,79	712,53	344,12	405,46	529,46	645,13
34 - 38	4.273,95	415,39	489,43	639,05	778,74	376,10	443,13	578,61	705,07
39 - 43	4.607,13	475,11	559,82	730,95	890,71	430,17	506,87	661,81	806,46
44 - 48	5.638,35	665,12	783,66	1.023,36	1.246,90	602,20	709,55	926,56	1.128,95
49 - 53	6.035,30	890,48	1.049,23	1.370,12	1.669,42	806,25	949,95	1.240,51	1.511,47
54 - 58	7.581,98	999,12	1.177,28	1.537,28	1.872,94	904,62	1.065,89	1.391,85	1.695,75
59 ou +	12.728,06	1.628,95	1.919,29	2.506,23	3.053,51	1.474,85	1.737,77	2.269,16	2.764,64

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:


Rosângela M. de Souza
Procuradora

Testemunhas:


WAGNER AP. CONTRERA LOPES
Gerente de Fiscalização
CRQ-IV Nº 04321000

ENTIDADE:


* Hans Vortler
Presidente


Stefanyse B. E. da G.


Marcos Mancini
Superintendente de Relacionamento



**29º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E QUALICORP ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS S.A.**

Pelo presente instrumento, de um lado,

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO, inscrito no CNPJ/ME sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 05.409-011, neste ato representada pelo Sr. HANS VIERTLER, inscrito no CPF/ME sob o nº 000.182.608-53, usuário do endereço eletrônico: teresamura@crq4.org.br, doravante denominada simplesmente **ENTIDADE**, e, de outro lado,

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Rua Doutor Plínio Barreto, nº 365, Bela Vista, no município de São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 01 de dezembro de 2019**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E A CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL.

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 por adesão que a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** mantém com a **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**. (a “**CENTRAL NACIONAL UNIMED**”), cuja **TABELA DE PREÇO CENTRAL NACIONAL UNIMED/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexo I**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado “**PLANO DE SAÚDE CENTRAL NACIONAL UNIMED/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.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória n.º 2.200/2001 em vigor no Brasil.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1. 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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 29 de novembro de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

HANS VIERTLER

CPF/ME nº 000.182.608-53

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Testemunhas:

Nome: WAGNER APARECIDO CONTRERA LOPES

CPF: 065.729.478-07

E-mail: wagnerc@crq4.org.br

Nome: _____

CPF: _____

E-mail: _____

ANEXO I
TABELA DE PREÇO CENTRAL NACIONAL UNIMED/ENTIDADE

Nome do Plano	Qualicorp Estilo Nacional ADS E - R (EF)
Registro ANS	484.312/19-6
Padrão de acomodação	Coletiva
Segmentação Assistencial	A+H+O
Abrangência Geográfica	Nacional
Coparticipação	Não
00 - 18	271,52
19 - 23	347,55
24 - 28	369,25
29 - 33	380,08
34 - 38	415,39
39 - 43	475,11
44 - 48	665,12
49 - 53	890,48
54 - 58	999,12
59 ou mais	1.628,95

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ENTIDADE:

Testemunhas:

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Qualicorp. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/A605-7009-F520-2640> ou vá até o site <https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: A605-7009-F520-2640



Hash do Documento

E91146D3A9817489D03ED0AAACEE1E9A7E9DF2177DCB737E5870F902F25863A8

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 06/04/2020 é(são) :

- Wagner Aparecido Contrera Lopes (Testemunha) - 065.***.***-07 em 20/03/2020 11:16 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Por email: wagnerc@crq4.org.br

Evidências

Client Timestamp Fri Mar 20 2020 10:46:35 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -23.5536384 Longitude: -46.678016 Accuracy: 1310

IP 189.126.199.34

Assinatura:

Hash Evidências:

611B020F0DA2B0A9B2A9F8587C67262E44718D2DBD1711FCE812FF08913A6D21

- HANS VIERTLER (Signatário) - 000.***.***-53 em 02/04/2020 13:44 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Por email: teresamura@crq4.org.br

Evidências

Client Timestamp Thu Apr 02 2020 13:43:33 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -23.5544758 Longitude: -46.6802013 Accuracy: 26271

IP 189.121.150.123

Assinatura:



Hash Evidências:

25F26ECD685B024065FD33FD16B409F0B28F268E2728232AB371BF4CDA310361

- ☑ Marcos Donizeti Ribeiro Mancini (Signatário - Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.) - 151.***.***-06 em 02/04/2020 13:48 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Por email: mmancini@qualicorp.com.br

Evidências

Client Timestamp Thu Apr 02 2020 13:55:14 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -23.663868900000004 Longitude: -46.5390162 Accuracy: 30

IP 191.182.250.112

Assinatura:



Hash Evidências:

7F9C599FD5FA8795BFB0ABF7BEE284B6CE13B9A6EBF10A43F7B0333E36A0DBE6

- ☑ Rosangela Martins De Souza (Signatário - Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.) - 077.***.***-17 em 03/04/2020 16:38 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

- ☑ Debora Lopes da Silva (Testemunha - Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.) - 459.***.***-21 em 06/04/2020 09:31 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Mon Apr 06 2020 09:32:10 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Location not shared by user.

IP 187.93.142.68

Assinatura:

Débora Lopes da Silva

Hash Evidências:

0D904A7B880159203FE8E7A1ABDF612D2D49D9875B6759BD61EDF0411F4FB432

O(s) nome(s) indicado(s) para autorizar, bem como seu(s) status em 06/04/2020 é(são) :

- Aline Vieira Ferraz - 357.430.118-93 em 04/03/2020 10:58 UTC-03:00
- Marcos Donizeti Ribeiro Mancini - 151.761.278-06 em 04/03/2020 16:06 UTC-03:00



**30º ADITIVO AO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO E QUALICORP ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS S.A.**

Pelo presente instrumento, de um lado,

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO, inscrito no CNPJ/ME sob o nº. 62.624.580/0001-45, com sede na Rua Oscar Freire, nº 2039, Pinheiros, São Paulo (SP), CEP 05.409-011, neste ato representada pelo Sr. HANS VIERTLER, inscrito no CPF/ME sob o nº 000.182.608-53, usuário do endereço eletrônico: teresamura@crq4.org.br, doravante denominada simplesmente **ENTIDADE**, e, de outro lado,

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/ME sob o nº. 07.658.098/0001-18, com sede na Rua Doutor Plínio Barreto, nº 365, Bela Vista, no município de São Paulo (SP), CEP 01.313-020, 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 01 de maio de 2020**, os benefícios abaixo mencionados, mediante as cláusulas e condições a seguir:

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

1.1. O **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 SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE** segue anexa, denominada **Anexos I, II e III**.

1.2. O **benefício** acima referido poderá ser denominado “**SEGURO SAÚDE SULAMÉRICA/ ENTIDADE**” comprometendo-se os **beneficiários** e a **ENTIDADE** a respeitarem os direitos e obrigações ajustados nessa apólice coletiva, bem como as condições estabelecidas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória n.º 2.200/2001 em vigor no Brasil.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1. 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 02 (duas) testemunhas abaixo:

São Paulo, 15 de abril de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA IV REGIÃO

HANS VIERTLER

CPF/ME nº 000.182.608-53

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Testemunhas:

Nome: WAGNER APARECIDO

CONTRERA LOPES

CPF: 065.729.478-07

E-mail: wagnerc@crq4.org.br

Nome:

CPF:

E-mail:

ANEXO I
TABELA DE PREÇO SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
Tabela de Vendas - SulAmérica SP (Fechada Sem Copart | 515 2020)

Nome do Plano	Referência Adesão Trad.10 REF QC	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QC	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QC	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QC	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QC
Coparticipação	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Cód. ANS	466.057/11-9	485.079/20-3	485.081/20-5	476.927-16/9	476.941-16/4	476.920-16/1	476.916-16/3	476.937-16/6	476.937-16/6	476.937-16/6	476.934-16/1	476.934-16/1	476.934-16/1
Acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Referência	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Nacional	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	565,27	290,55	317,54	374,98	409,82	463,53	506,56	612,36	639,66	738,57	1.226,12	1.470,60	1.610,02
19 - 23	778,49	400,14	437,32	516,43	564,40	638,37	697,63	843,35	880,94	1.017,17	1.688,61	2.025,31	2.217,32
24 - 28	845,60	434,64	475,01	560,95	613,05	693,40	757,76	916,05	956,88	1.104,85	1.834,17	2.199,90	2.408,45
29 - 33	1.003,38	515,74	563,65	665,62	727,45	822,79	899,16	1.086,99	1.135,44	1.311,02	2.176,42	2.610,41	2.857,87
34 - 38	1.094,69	562,67	614,95	726,20	793,65	897,67	980,98	1.185,90	1.238,77	1.430,33	2.374,47	2.847,95	3.117,93
39 - 43	1.211,71	622,81	680,68	803,83	878,49	993,62	1.085,84	1.312,67	1.371,20	1.583,22	2.628,31	3.152,39	3.451,23
44 - 48	1.384,63	711,68	777,82	918,55	1.003,85	1.135,41	1.240,80	1.499,99	1.566,87	1.809,15	3.003,37	3.602,24	3.943,72
49 - 53	1.702,95	875,30	956,64	1.129,72	1.234,63	1.396,44	1.526,05	1.844,84	1.927,09	2.225,08	3.693,85	4.430,39	4.850,39
54 - 58	2.120,34	1.089,84	1.191,11	1.406,62	1.537,23	1.738,70	1.900,09	2.297,01	2.399,42	2.770,44	4.599,22	5.516,28	6.030,22
59 ou +	3.391,40	1.743,16	1.905,13	2.249,83	2.458,75	2.780,98	3.039,12	3.673,99	3.837,77	4.431,21	7.356,26	8.823,06	9.650,49

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ENTIDADE:

Testemunhas:

Este documento foi assinado digitalmente por Marcos Donizeti Ribeiro Mancini e Rosângela Martins De Souza. Este documento foi assinado eletronicamente por Wagner Aparecido Contrera Lopes, HANS VIERTLER e Debora Lopes da Silva. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código 95EE-3551-4D87-3FFC.

ANEXO II
TABELA DE PREÇO SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
Tabela de Vendas - SulAmérica SP (Fechada Com Copart | 515 2020)

Nome do Plano	Referência Adesão Trad.10 REF QC	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP
Coparticipação	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cód. ANS	466.057/11-9	465.080/20-7	465.082/20-3	476.942-16/2	476.939-16/2	476.918-16/0	476.914-16/7	476.936-16/6	476.936-16/6	476.936-16/6	476.932-16/5	476.932-16/5	476.932-16/5
Acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Referência	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs	Amb+Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Nacional	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	515,29	246,97	269,91	290,55	317,53	359,15	392,50	474,46	495,64	572,26	950,05	1.139,48	1.247,52
19 - 23	709,65	340,13	371,72	400,15	437,31	494,63	540,56	653,44	682,60	788,13	1.308,42	1.569,31	1.718,08
24 - 28	770,83	369,45	403,76	434,65	475,02	537,28	587,16	709,78	741,44	856,08	1.421,21	1.704,60	1.866,18
29 - 33	914,66	438,39	479,10	515,74	563,64	637,52	696,72	842,22	879,79	1.015,82	1.686,40	2.022,65	2.214,42
34 - 38	997,88	478,28	522,70	562,68	614,95	695,54	760,10	918,86	959,84	1.108,26	1.839,86	2.206,72	2.415,92
39 - 43	1.104,55	529,41	578,58	622,81	680,68	769,89	841,37	1.017,10	1.062,46	1.226,74	2.036,53	2.442,62	2.674,20
44 - 48	1.262,18	604,96	661,15	711,70	777,81	879,75	961,44	1.162,23	1.214,07	1.401,77	2.327,15	2.791,17	3.055,80
49 - 53	1.552,37	744,04	813,14	875,32	956,63	1.082,01	1.182,47	1.429,42	1.493,17	1.724,06	2.862,18	3.432,87	3.758,31
54 - 58	1.932,85	926,40	1.012,45	1.089,85	1.191,12	1.347,20	1.472,29	1.779,78	1.859,17	2.146,63	3.563,69	4.274,27	4.679,48
59 ou +	3.091,47	1.481,74	1.619,36	1.743,18	1.905,12	2.154,78	2.354,85	2.846,66	2.973,64	3.433,42	5.699,94	6.836,47	7.484,60

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ENTIDADE:

Testemunhas:

Este documento foi assinado digitalmente por Marcos Donizeti Ribeiro Mancini e Rosangela Martins De Souza. Este documento foi assinado eletronicamente por Wagner Aparecido Contrera Lopes, HANS VIERTLER e Debora Lopes da Silva. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código 95EE-3551-4D87-3FFC.

ANEXO III
TABELA DE PREÇO SUL AMÉRICA SAÚDE/ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ENTIDADE
Tabela de Vendas - SulAmérica SP (Fechada Sem Copart | 506 2020)

Nome do Plano	Referência Adesão Trad.10 REF QC	Exato Adesão Trad.16 HO QC	Exato Adesão Trad.16 HO QP	Clássico Adesão Trad.16 HO QC	Clássico Adesão Trad.16 HO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 HO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 HO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 HO QP	Executivo Adesão Trad.16 HO QP	Executivo Adesão Trad.16 HO QP	Executivo Adesão Trad.16 HO QP
Coparticipação	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Cód. ANS	466.057/11-9	477.049/16-8	477.044/16-7	477.045/16-5	477.046/16-3	477.047/16-1	477.047/16-1	477.047/16-1	477.048/16-0	477.048/16-0	477.048/16-0
Acomodação	Coletiva	Coletiva	Individual	Coletiva	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
Segmentação	Referência	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs	Hosp c/ Obs
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 - 18	309,19	205,09	224,15	253,53	277,07	334,92	349,87	403,97	670,63	804,35	880,61
19 - 23	425,81	282,45	308,69	349,14	381,56	461,26	481,84	556,34	923,59	1.107,74	1.212,67
24 - 28	462,52	306,80	335,31	379,25	414,46	501,03	523,36	604,30	1.003,21	1.203,22	1.317,33
29 - 33	548,83	364,05	397,87	450,01	491,79	594,51	621,03	717,04	1.190,41	1.427,76	1.563,45
34 - 38	598,77	397,17	434,07	490,97	536,55	648,62	677,54	782,31	1.298,74	1.557,69	1.705,37
39 - 43	662,77	439,63	480,48	543,45	593,91	717,96	749,97	865,92	1.437,55	1.724,20	1.887,68
44 - 48	757,37	502,37	549,05	620,99	678,66	820,41	856,99	989,50	1.642,70	1.970,24	2.157,08
49 - 53	931,48	617,87	675,27	763,77	834,68	1.009,00	1.054,01	1.216,98	2.020,36	2.423,20	2.652,95
54 - 58	1.159,77	769,31	840,78	950,95	1.039,26	1.256,31	1.312,36	1.515,26	2.515,56	3.017,12	3.303,17
59 ou +	1.855,01	1.230,48	1.344,78	1.521,03	1.662,26	2.009,42	2.099,04	2.423,57	4.023,49	4.825,74	5.283,22

Obs.: preços em reais (R\$), per capita, e tabela sujeita a reajustes legais e contratuais.

De acordo:

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

ENTIDADE:

Testemunhas:

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Qualicorp. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/95EE-3551-4D87-3FFC> ou vá até o site <https://qualicorp.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 95EE-3551-4D87-3FFC



Hash do Documento

A82316ED833567BF96D93D5020E78E8DAADF89C6D899EA84B63A2C3705A27DE6

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 10/06/2020 é(são) :

- Wagner Aparecido Contrera Lopes (Testemunha) - 065.***.***-07 em 01/06/2020 16:38 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Por email: wagnerc@crq4.org.br

Evidências

Client Timestamp Mon Jun 01 2020 16:38:52 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -23.511039999999998 Longitude: -46.497792 Accuracy: 118169

IP 189.126.199.34

Assinatura:

Hash Evidências:

0D36E77A9160A9EBA017525828158B4111202C6D54D6D82AFC538C5169D9A7A8

- HANS VIERTLER (Signatário) - 000.***.***-53 em 10/06/2020 14:18 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Por email: teresamura@crq4.org.br

Evidências

Client Timestamp Wed Jun 10 2020 14:17:43 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -23.5577285 Longitude: -46.6801573 Accuracy: 99

IP 179.208.207.236

Assinatura:



Hash Evidências:

F1B4917005EE428D348CB5A71FE33FFB1C5B44BAFDDDF72B4744405D4A4B26237

- Rosangela Martins De Souza (Signatário - Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.) - 077.***.***-17 em 10/06/2020 14:22 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

- Marcos Donizeti Ribeiro Mancini (Signatário - Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.) - 151.***.***-06 em 10/06/2020 14:27 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

- Debora Lopes da Silva (Testemunha - Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.) - 459.***.***-21 em 10/06/2020 16:34 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificação: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Wed Jun 10 2020 16:34:55 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Location not shared by user.

IP 187.93.142.68

Assinatura:



Hash Evidências:

7217CC12A19DA278D1193137538371FC4EC421F29857465BD33ED631FDD93E7C

O(s) nome(s) indicado(s) para autorizar, bem como seu(s) status em 10/06/2020 é(são) :

- Aline Vieira Ferraz - 357.430.118-93 em 08/05/2020 11:36 UTC-03:00
- Marcos Donizeti Ribeiro Mancini - 151.761.278-06 em 08/05/2020 11:42 UTC-03:00

