TERMO DE COMPROMISSO

ENTIDADE ASSOCIATIVA: ACM – ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA, CNPJ: 83.901.298/0001-38, sediada a Rod. SC 401, KM 04, nº 3854, Bairro: Saco Grande, Florianópolis/SC, neste ato representada conforme seu Estatuto Social.

OPERADORA DE SAÚDE: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA, CNPJ 76.590.884/0001-43, sediada a Rua Otto Boehm, 478, Centro, Joinville/ SC, neste ato representada conforme seu Estatuto Social.

Considerando a existência do convênio firmado entre as partes acima qualificadas, através da **BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA**, em conformidade com a RN 195/ 196/ 200 e 204 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, resolvem as mesmas de comum acordo, firmar o presente Termo de Compromisso que vigorará nos termos e condições a seguir descritas:

Cláusula 1º:

A ENTIDADE ASSOCIATIVA se compromete a dar publicidade ao presente convênio estimulando seus associados a contratarem plano de saúde para seus associados e respectivos dependentes, divulgando o nome da **OPERADORA DE SAÚDE** em informativos, sito eletrônico, em locais visíveis em sua sede e equipamentos por ela utilizados e em todo e qualquer evento por ela organizado.

Cláusula 2º:

§ 1º A OPERADORA DE SAÚDE assegura uma bonificação para cada inclusão no convênio, será repassado o valor de R$ 5,00 (cinco reais) por pessoa para a **ENTIDADE ASSOCIATIVA** em única parcela no mês subsequente ao pagamento da primeira mensalidade.

§ 2º A OPERADORA DE SÁUDE assegura uma bonificação de 3,00% (três por cento) para a **ENTIDADE ASSOCIATIVA** sobre o total das mensalidades.

§ 3º A ENTIDADE ASSOCIATIVA se responsabiliza em fornecer os recibos ou notas fiscais referentes aos valores acima mencionados em favor da **OPERADORA DE SAÚDE**.

Joinville, 01 de outubro de 2018.

VÁLIDO PARA CONTRATOS

UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA **ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA**

Testemunhas:

Nome Leandro Bernardes
Administrador de Empresas
CRA/SC 24343
CPF

Nome Elizabeth Santos Ribeiro
CPF 008.284.958-74

VISTO