

INFORMAÇÕES CADASTRAIS



PESSOA JURÍDICA

DADOS CADASTRAIS

CNPJ: 39.152.737/0001-65 I. E: ISENTO Código SUSEP: Data Reg. SUSEP:

RAZÃO SOCIAL: FGS BENEFICIOS DE SAUDE LTDA Nome Fantasia: FGS BENEFICIOS DE SAUDE LTDA

Principais seguradoras que trabalha: Bradesco, Unimed Seguros, Lifeday Saúde, Amil, Odontoprev, Lifeday Saúde

Principal(ais) ramo(s) que trabalha: Plano de Saúde e Odontológico

DADOS CONTROLADORES

Nome: Ana Julia Pereira Lütke CPF: 084.888.559-74

RG: 6091074 Orgão Expedidor RG: SESP

Qualificação: ADMINISTRADORA Data de Nascimento: 17/02/1995

(A) É considerado PEP o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Logradouro: RUA DONA FRANCISCA Número: 801

Bairro: SAGUAÇU Cidade: JOINVILLE CEP: 89221-008 UF: SC

Telefone: (47) 3842-0005 Celular: (47) 99731-4390 E-mail: documentos.fgsbeneficios@gmail.com Site:ww.fgsbeneficiosdesaude.com

A PARCEIRA Possui Filiais? SIM

Locais: Curitiba - PR e Porto Alegre - RS

ENDEREÇO FISCAL DA PARCEIRA

Logradouro: RUA DONA FRANCISCA Número: 801

Bairro: SAGUAÇU Cidade: JOINVILLE CEP: 89221-008 UF: SC

Telefone: (47) 3842-0005 Celular: (47) 99731-4390 E-mail: contato@fgsbeneficiosdesaude.com

Emissão de Nota Fiscal sobre Serviços - Tributos Municipais ISS? NÃO

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS (Conta Corrente Títular)

Nome da Agência: Nome Titular: ANA JULIA PEREIRA LUTKE

Nome do Banco: ORIGINAL Núm. da Agência: 0001

Conta Corrente: 4609239 Dígito Conta: 0 Tipo Operação: -

Nota: o print_proposta da conta, obrigatoriamente, deve ser a empresa discriminada nos dados cadastrais. OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA SIMPLES: COMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS (PJ) (Por questão de segurança, aceitamos apenas: folha de cheque e extrato bancário. Cópia de cartão de crédito ou débito não serão considerados), COMPROVANTE DE ENDEREÇO (PJ), CONTRATO SOCIAL E ÚLTIMA ALTERAÇÃO (PJ) E CÓPIA da SUSEP da PARCEIRA e responsável. Através da presente, assumo total responsabilidade pelas informações prestadas, declaro agir em conformidade com as cláusulas constantes no verso deste formulário.

LOCAL: JOINVILLE

DATA: 06/11/2020.

Visto do Responsável Legal

DENTAL UNI CENTRAL DE ATENDIMENTO

Tel. 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 643 4300 (demais localidades)
End. Rua Irmã Flávia Borlet, 197 - Boqueirão - Curitiba/PR | Site: www.dentaluni.com.br

CONTRATO PARA INTERMEDIÇÃO COMERCIAL

I. Considerando que a **PARCEIRA** é uma pessoa jurídica devidamente estabelecida e constituída para a prestação de serviços de corretagem de seguros e intermediação comercial;

II. Considerando que a **DENTAL UNI** é uma pessoa jurídica que comercializa planos odontológicos de acordo com a Lei 9.656/98, necessita para atendimento de seus usuários (clientes) e o desenvolvimento de suas atividades e a ampliação de suas áreas de venda, resolvem de comum e mútuo acordo celebrarem o presente contrato que se regerá pelas cláusulas seguintes:

Cláusula 1ª. A **DENTAL UNI** confere a **PARCEIRA** a intermediação comercial dos planos odontológicos de sua atividade, sem exclusividade, de modo a permitir-lhe que promova a venda nas condições estipuladas no presente contrato. Os produtos, objeto da presente parceria, são elaborados pela **DENTAL UNI**.

Parágrafo único. A **PARCEIRA** compromete-se a divulgar e implementar a venda dos planos odontológicos da **DENTAL UNI**, sem, no entanto, haver exclusividade em benefício de qualquer das **PARTES**, sendo-lhes facultada a contratação com terceiros para realizar a divulgação e a venda para ou com outras empresas.

Cláusula 2ª. O presente contrato terá prazo indeterminado de duração.

Cláusula 3ª. A **PARCEIRA** desempenhará suas atividades de intermediação comercial promovendo a venda dos produtos da **DENTAL UNI** em todo o território nacional, região essa que lhe é atribuída sem exclusividade, sendo permitido à **DENTAL UNI** nela negociar diretamente ou por interposta pessoa, bem como nomear outra ou mais representantes nessa região.

Parágrafo único. Fica estabelecido que para atuação no estado do Paraná, a mesma deverá ser feita através de uma plataforma de vendas habilitada junto à **DENTAL UNI**.

Cláusula 4ª. A **PARCEIRA** obriga-se a apresentar ficha cadastral de cada cliente novo, a qual deverá ser acompanhada de documentos necessários e exigidos pela Lei 9.656/98, ficando a critério da **DENTAL UNI** a aprovação do cadastro.

Parágrafo único. O prazo para recusa de contratos ou de inscrições de usuários é de 15 (quinze) dias pela **DENTAL UNI**, os quais tenham sido entregues pela **PARCEIRA**, acompanhados dos requisitos exigíveis, utilizando-se qualquer forma de aviso, correspondência, valendo inclusive a comunicação feita no relatório de comissões da **PARCEIRA**, ficando consignado que essa forma de aviso, atende as condições legais e aceita pelas partes.

Cláusula 5ª. Os contratos firmados com os clientes usuários dos planos odontológicos, para serem atendidos, deverão ser sempre assinados pelo comprador legalmente responsável, bem como pela **DENTAL UNI**.

Parágrafo único. Quaisquer despesas ou prejuízos, decorrentes da inobservância desta cláusula, correrão por conta da **PARCEIRA**, podendo a **DENTAL UNI** descontar das comissões as importâncias correspondentes, bem como tomar outras medidas complementares, inclusive de ordem judicial, que julgar necessária.

Cláusula 6ª. Mesmo com a rescisão deste Contrato, não cessará a responsabilidade da **PARCEIRA**, enquanto existir pendências de títulos em carteira.

Cláusula 7ª. À **PARCEIRA**, não será devida qualquer comissão sobre as vendas realizadas pela **DENTAL UNI**, diretamente ou por interposta pessoa ou por outras representantes nomeadas na região.

Cláusula 8ª. A ampliação ou redução da região atribuída para a representação, somente poderá ocorrer com a concordância de ambas as partes.

Cláusula 9ª. Salvo autorização expressa não poderá a **PARCEIRA** conceder abatimentos, descontos, ou dilações, nem agir em desacordo com as instruções da **DENTAL UNI**.

Cláusula 10ª. A **PARCEIRA** a título de comissão de corretagem, receberá:

a) 200% (duzentos por cento) de agenciamento, sendo distribuído:

100% (cem por cento) da primeira mensalidade;

50% (cinquenta por cento) da segunda mensalidade;

50% (cinquenta por cento) da terceira mensalidade;

25% (vinte e cinco por cento) da quarta mensalidade; e

b) 04% (quatro por cento) a partir da quinta mensalidade, vitalício.

Parágrafo único. Fica estipulado que a data de pagamento para as comissões será no **25 (vinte e cinco)** do mês subsequente ao recebimento das vendas realizadas.

Cláusula 11ª. Nenhuma retribuição será devida à **PARCEIRA**, se a falta de pagamento resultar de insolvência do comprador ou se o negócio vier a ser por ele desfeito, ou se for suspenso por inadimplência ou por ser duvidosa a liquidação.

Cláusula 12ª. As despesas necessárias ao exercício da representação ligada à locomoção, hospedagem, telegramas, porte postal, malotes, bem como a contratação de vendedores ou empregados a qualquer título, correm por conta e risco da **PARCEIRA**, sendo por ela estipulada a contraprestação e condições gerais de trabalho.

Cláusula 13ª. A **PARCEIRA** prestará suas contas à **DENTAL UNI**, na forma legal, com exatidão e clareza dissipando dúvidas que surgirem, sem obstáculos e dilações.

Cláusula 14ª. A **PARCEIRA** incumbirá conhecer das reclamações atinentes aos negócios, transmitindo-as à **DENTAL UNI** e sugerindo as providências cautelosas aos interesses em jogo.

Cláusula 15ª. A **DENTAL UNI** reterá comissões devidas à **PARCEIRA** no caso de motivo justo para rescisão do contrato, com o fim de ressarcir-se de danos por esta causados a título de compensação. Ou ainda quando algum documento solicitado, tais como: notas fiscais, recibos, guias de comprovantes do recolhimento dos encargos trabalhistas, etc., não forem enviados pela **PARCEIRA**.

Cláusula 16ª. A **PARCEIRA** se responsabiliza perante a **DENTAL UNI** por todas as perdas e danos, quer na realização da intermediação lhe causar, quer seja por dolo, fraude ou simulação, quer seja por ação ou omissão, ou culpa.

Cláusula 17ª. A **DENTAL UNI** em virtude de dificuldades transitórias, poderá suspender as vendas dos planos odontológicos, transitoriamente.

Cláusula 18ª. A desídia, a prática de atos que importem descrédito comercial da **DENTAL UNI**, a falta de cumprimento de quaisquer obrigações expressa ou inerentes a esse contrato, a condenação definitiva por crime considerado infame, força maior, constituem motivos justos para a rescisão contratual pela **DENTAL UNI**.

Cláusula 19ª. A denúncia por qualquer das partes sem justa causa justificada, do contrato de representação, ajustado por tempo indeterminado e que haja vigorado por mais de 06 (seis) meses, obriga a denunciante à concessão de aviso prévio com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. E, por estarem assim justos e contratados, elegem o **FORO** da comarca de Curitiba para resolver questões oriundas do presente contrato e firmam o presente instrumento particular de Contrato de Parceria para Intermediação Comercial, em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito, na presença de duas testemunhas, que também assinam.



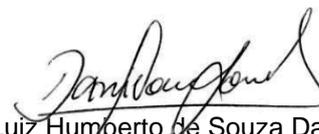
Parceiro Comercial

(carimbo e assinatura do responsável legal)

Dental Uni Cooperativa Odontológica



Dr. Paulo Henrique Cariani
Vice Presidente



Dr. Luiz Humberto de Souza Daniel
Presidente



Jeferson Squioquet
Testemunha

DENTAL UNI CENTRAL DE ATENDIMENTO

Tel. 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 643 4300 (demais localidades)
End. Rua Irmã Flávia Borlet, 197 - Boqueirão - Curitiba/PR | Site: www.dentaluni.com.br