TERMO DE CONVÊNIO E CREDENCIAMENTO QUE CELEBRAM ENTRE SI, A ASSOCIAÇÃO DO PESSOAL DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL DA PARAIBA – **APCEF/PB** E\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A **Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal - APCEF/PB**, inscrita no CNPJ sob o nº 08.680.399/0001-00, com sede à Av. João Cirilo, s/n, Altiplano Cabo Branco, João Pessoa-PB, neste ato representada pelo seu Diretor Presidente Sr. **Carlos Alberto Ferreira Espínola**, CPF nº 181.602.474-00, doravante denominada simplesmente **CONVENENTE**, e de outro lado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,inscrito(a) no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representado(a) por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doravante denominado(a) simplesmente **CONVENIADO(A),** tem justo e acordado o presente Termo de Convênio e Credenciamento, mediante as cláusulas e condições que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

As partes firmam o presente Termo de Convênio e Credenciamento objetivando a conjugação de interesses dos associados da CONVENENTE e seus dependentes, nos termos da lei, bem como de interesses do(a) CONVENIADO(A), no que tange à concessão de descontos aos usuários do **APCEF SAÚDE**, nos moldes definidos nas cláusulas seguintes.

**PARÁGRAFO ÚNICO -** O **APCEF SAÚDE** é um sistema de auto programa de saúde administrado pela **APCEF/PB**que oferece descontos aos seus associados e dependentes, para atendimento através de uma rede de conveniados/credenciados na área de saúde, não se configurando como plano de saúde.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO -** O atendimento aos usuários do **APCEF SAÚDE** será efetuado pelo (a) CONVENIADO(A) através de profissionais da área de saúde, conforme a sua especialidade, devidamente qualificados no **Anexo I.**

**PARÁGRAFO SEGUNDO -** O(A) CONVENIADO(A) prestará os serviços na área de saúde conforme especificados no **Anexo II.**

**PARÁGRAFO TERCEIRO -** O(A) CONVENIADO(A) atenderá aos usuários do **APCEF SAÚDE** no(s) endereço(s), dia(s) e horário(s) discriminados no **Anexo III**, ficando desde já acordado que, em caso de alteração, a CONVENENTE será informada com antecedência mínima de 30(trinta) dias.

**PARÁGRAFO QUARTO -** Os casos fortuitos ou de força maior que interrompam a prestação dos serviços temporariamente deverão ser comunicados expressamente à CONVENENTE com antecedência de 30 (trinta) dias.

**PARÁGRAFO QUINTO -** O(A) CONVENIADO(A) se propõe a dispensar aos usuários do **APCEF SAÚDE**, nos atendimentos que realizar ou nos serviços que prestar, toda técnica e atenção exigíveis à sua atuação, dentro da sua área de especialização, oferecendo um atendimento de qualidade sem custos adicionais para os usuários.

**PARÁGRAFO SEXTO -** O(A) CONVENIADO(A) deverá exigir do usuário, no ato do atendimento, o cartão do **APCEF SAÚDE**, acompanhado de documento de identidade.

**PARÁGRAFO SÉTIMO -** A CONVENENTE se compromete a divulgar junto aos seus associados o presente termo de convênio e credenciamento, por meio de sua rede de comunicação e mídias sociais, bem como através de material impresso.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DESCONTOS CONCEDIDOS**

O(A) CONVENIADO(A) concederá aos usuários do **APCEF SAÚDE descontos** nos valores dos serviços prestados e se compromete a observar, para efeito de honorários, os valores estabelecidos de acordo com a Tabela da Consolidação de Convênio **UNIDAS/AMB (CBHPM)** ou conforme a Tabela do **SAÚDE CAIXA,** ou Tabela Nacional do Sindicato dos Odontologistas ou ainda conforme os percentuais de descontos acordados entres as partes, especificados no **Anexo II**.

**PARÁGRAFO ÚNICO -** Os reajustes dos valores acompanharão os percentuais e épocas fixados nas tabelas mencionadas ou mediante negociação entre as partes.

**CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE SOBRE PAGAMENTOS**

O usuário do **APCEF SAÚDE** será responsável exclusivo pelo pagamento de honorários dos serviços que utilizar, ficando totalmente isenta a CONVENENTE de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento de honorários, já que ajustado diretamente entre O(A) CONVENIADO(A) e o usuário por ocasião do atendimento.

**PARÁGRAFO ÚNICO -** O(A) CONVENIADO(A) compromete-se a fornecer ao usuário do **APCEF SAÚDE** recibo de consulta, devendo o referido documento conter o nome do paciente e os valores devidamente discriminados.

**CLÁUSULA QUINTA**

É o(a) CONVENIADO(A) única e exclusivamente responsável pelos atos que praticar, isentando a CONVENENTE de qualquer responsabilidade cível ou penal, deles (dos atos) decorrentes.

**CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO**

O presente instrumento vigorará por tempo indeterminado, podendo as partes rescindi-lo a qualquer tempo, mediante prévia comunicação por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO**

Fica eleito o Foro da Seção Judiciária da cidade de João Pessoa/PB, para dirimir quaisquer questões decorrentes deste convênio, renunciando a qualquer outro por mais privilégio que seja.

E por estarem assim, justos e acordados, firmam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo signatárias.

**João Pessoa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONVENENTE (APCEF/PB)**  **CONVENIADO(A)**

**Testemunhas:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anexo I -PROFISSIONAIS DO(A) CONVENIADO(A)**

**(Cláusula Segunda – Parágrafo Primeiro)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | | | |
| Especialidade(s) |  | | | | |
| Registro no Conselho Regional |  | CPF |  | RG |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | | | |
| Especialidade(s) |  | | | | |
| Registro no Conselho Regional |  | CPF |  | RG |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | | | |
| Especialidade(s) |  | | | | |
| Registro no Conselho Regional |  | CPF |  | RG |  |

TERMO DE CONVÊNIO E CREDENCIAMENTO QUE CELEBRAM ENTRE SI, A ASSOCIAÇÃO DO PESSOAL DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL DA PARAIBA – **APCEF/PB** E\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo II– SERVIÇOS PRESTADOS**

**(Cláusula Segunda – Parágrafo Segundo) e DESCONTOS CONCEDIDOS (Cláusula Terceira)**

|  |  |
| --- | --- |
| SERVIÇO(S) | DESCONTO(S) CONCEDIDO(S) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

TERMO DE CONVÊNIO E CREDENCIAMENTO QUE CELEBRAM ENTRE SI, A ASSOCIAÇÃO DO PESSOAL DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL DA PARAIBA – **APCEF/PB** E\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo III – ENDEREÇO, DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO**

**(Cláusula Segunda – Parágrafo Terceiro)**

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço |  |
| Telefone(s) |  |
| Dias/horário |  |