

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM A ASSIFPB E A UNIMED JOÃO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.


ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA - ASSIFPB, é uma associação sem fins econômicos, reconhecida de utilidade pública pela Lei nº 4.065 de 22 de julho de 1979, CNPJ nº 09.292.459/0001-80, com sede na Av Primeiro de Maio, 720 - Jaguaribe, CEP 58.015-430- João Pessoa- Paraíba, neste ato representado pelo(a) Presidenta, Élide de Oliveira Barros Pessôa, brasileiro(a), CPF nº 425.015.634/68, RG N.º 985.502, SSP/PB, com sede no endereço mencionado, doravante denominado ASSIFPB, e a UNIMED JOÃO PESSOA, COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ sob o nº 08.680.639/0001-77, com sede na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, nº 420 – Torre, neste ato representada na forma de suas disposições estatutárias, adiante denominada UNIMED JOÃO PESSOA, firmam e ajustam o presente TERMO DE CONVÊNIO, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO.

1.1 O presente convênio tem por objeto a disponibilidade, por parte da **ASSIFPB, do contingente de Associados inscritos interessados em optar pela celebração de contratos individuais e/ou familiar de prestação de serviços médico-hospitalares diretamente com a UNIMED JOÃO PESSOA, sem qualquer ônus ou encargos para a ASSIFPB.**

CLÁUSULA SEGUNDA – DA EXECUÇÃO.

2.1. Para a execução do objeto do presente convênio, a **UNIMED JOÃO PESSOA** poderá oferecer e comercializar os planos que dispõe em cinco versões distintas, denominadas **SAÚDE II (Registro ANS 461.865/10-3), UNICIDADE PLUS I (Registro ANS 418.893/99-4), UNIVIDA BÁSICO PLUS I (Registro ANS 415.843/99-1), UNIVIDA BÁSICO PLUS II (Registro ANS 415.844/99-0), UNIVIDA BÁSICO PLUS IV (Registro ANS 475.436/16-1) UNIVIDA ESPECIAL PLUS I (Registro ANS 415.840/99-7) e UNIVIDA ESPECIAL PLUS II (Registro ANS 415.841/99-5)**, cabendo a escolha dos Associados interessado, inclusive quanto à opção de incluir dependentes, de acordo com as cláusulas estabelecidas nos instrumentos contratuais a serem firmados;


Demóstenes Paredes Cunha Lima
Presidente


Marcos César Lopes Silva
Superintendente



2.2. A **UNIMED JOÃO PESSOA** elaborará contratos padrões, com condições e preços distintos, cabendo aos Associados interessado, a escolha do plano que melhor lhe aprouver, mediante assinatura de instrumento contratual firmado diretamente com o Associado inscrito na **ASSIFPB**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA OPERACIONALIDADE DO CONVÊNIO.

3.1. A **UNIMED JOÃO PESSOA** disponibilizará sua equipe de vendas para formalizar os ajustes com os associados inscritos no **ASSIFPB** interessados, cujos locais e horários ficarão a critério das partes envolvidas;

3.2. Os contratos elaborados pela **UNIMED JOÃO PESSOA** serão padronizados e apresentados aos associados contendo de modo expreso suas coberturas, bem como as carências, limitações e exclusões de procedimentos, além dos preços, modalidade de pagamento, forma e periodicidade de reajuste e valores das diversas faixas etárias;

3.3. O pagamento das mensalidades do plano de saúde escolhido será feito através de boleto individual, contendo os valores e as datas dos respectivos vencimentos da obrigação, cujo cumprimento é de exclusiva responsabilidade do associado contratante.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES.

4.1 Para a celebração do contrato de assistência médico-hospitalar com o usuário, os Associados inscritos na **ASSIFPB** deverão portar as respectivas ficha de Associado da **ASSIFPB**.

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS.

5.1 Os recursos para a execução deste convênio serão da **UNIMED JOÃO PESSOA** e os Associados inscritos na **ASSIFPB** e não acarretará, em qualquer hipótese, ônus para **ASSIFPB**, inclusive no que se refere ao pagamento de honorários profissionais e/ou despesas administrativas.



Doméstenes Paredes Cássia Lima
Presidente



Marcos César Lopes Silva
Superintendente



CLÁUSULA SEXTA – DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

6.1 Para os contratos firmados entre os Associados inscritos na **ASSIFPB** e a **UNIMED JOÃO PESSOA** serão concedidos um desconto de 20% (vinte por cento) sobre os preços constantes da proposta de admissão;

6.2 A concessão do desconto fica condicionada à manutenção da qualidade de associado / filiado do contratante com **ASSIFPB**, FICANDO, DESDE JÁ, AVENÇADO QUE A PERDA DA QUALIDADE DE ASSOCIADO / FILIADO DO CONTRATANTE ACARRETARÁ, DE IMEDIATO, A PERDA DO DESCONTO E A COBRANÇA DA MENSALIDADE NO VALOR DISCRIMINADO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO;

6.2.1 OS ASSOCIADOS INSCRITOS NA **ASSIFPB** PB SE OBRIGAM A FORNECER ANUALMENTE, À **UNIMED JOÃO PESSOA**, DECLARAÇÃO OU QUALQUER OUTRO DOCUMENTO QUE COMPROVE A SUA QUALIDADE DE ASSOCIADO / FILIADO, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO DESCONTO CONCEDIDO NO PLANO DE SAÚDE;

6.3 A RESCISÃO DO PRESENTE CONVÊNIO TAMBÉM ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO DESCONTO CONCEDIDO PELA **UNIMED JOÃO PESSOA**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES.

7.1. A **UNIMED JOÃO PESSOA** se obriga a firmar contrato individual com os Associados da **ASSIFPB** na forma disposta no presente convênio sem quaisquer ônus, obrigação e/ou responsabilidade para a **ASSIFPB**.

7.2. **ASSIFPB** está obrigado a divulgar o presente convênio no Jornal editado pela **ASSIFPB**, objetivando dar conhecimento aos Associados inscritos sobre o convênio firmado, bem como os serviços disponibilizados.

CLÁUSULA OITAVA – DO PRAZO.

8.1 O presente convênio terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, mediante termo aditivo, desde que haja interesse das partes e sempre a exclusivo critério da PRESIDÊNCIA da **ASSIFPB**.



www.unimedjo.pessoa.br
Rua Marechal Deodoro, 420 - Torre
CEP 58040-910 - João Pessoa - PB
Fone: (81) 2106-0216

CLAÚSULA NONA – DA RESCISÃO.


9.1 Este convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo, de pleno direito, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias, quando assim convier a uma das partes, ou por descumprimento das cláusulas e condições ora estabelecidos, sem motivo justificado.

CLAÚSULA DÉCIMA – DO FORO.

10.1 As partes elegem o foro da cidade de João Pessoa/PB, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução do presente convênio.

E por estarem assim, justos e acordados com as cláusulas e condições pactuadas, firmam o presente em duas vias de igual teor e forma para que surtam seus efeitos jurídicos e legais, na presença de duas testemunhas que também o subscrevem.

João Pessoa (PB), 01 de Setembro de 2016.


Demóstenes Paredes Cunha Lima
Presidente


Marcos César Lopes Silva
Superintendente

UNIMED JOÃO PESSOA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DE CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DA PARAÍBA - ASSIFPB**

Élide de Oliveira Barros Pessôa
Presidente
ASSIFPB

| PÚBLICO ALVO: | | PLANO PARCERIA - | | | | | | | | | |
|---------------|---------|---|---|---|-----------------------|---|---|---|----------------|---|----------------|
| | | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | | | | | Enfermaria | | | | |
| | | Apartamento | | UNIVIDA BÁSICO | | | UNIVIDA BÁSICO PLUS | | | SAÚDE II | |
| | | UNIVIDA ESPECIAL PLUS I | UNIVIDA ESPECIAL PLUS II | UNIVIDA BÁSICO PLUS II | UNIVIDA BÁSICO PLUS I | UNIVIDA BÁSICO PLUS IV | UNIVIDA BÁSICO PLUS | UNIVIDA PLUS I | UNIVIDA PLUS I | UNIVIDA PLUS I | UNIVIDA PLUS I |
| | | 4068 | 4268 | 3268 | 3068 | 3668 | | 3568 | | 3868 | |
| | | 415.840/99-7 | 415.841/99-5 | 415.844/99-0 | 415.843/99-1 | 475.436/16-1 | | 418.893/99-4 | | 461.865/10-3 | |
| | | Sem Participação | Coparticipação de 20% sobre Consultas e SADT, | Coparticipação de 20% sobre Consultas e SADT, | Sem Participação | Coparticipação de 20% sobre Consultas e SADT, | | Coparticipação 15% sobre consultas, 20% sobre SADT, RS 100,00 de franquia por Internação. | | Coparticipação de 20% sobre Consultas e 30% sobre SADT. | |
| | | Nacional | | | | | Local - <small>estados e Municípios</small> | | | | |
| | | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor |
| 1% | Faixa | 308,66 | 248,33 | 487,54 | 230,67 | 184,62 | | 154,28 | | 138,86 | |
| 28% | 00 a 18 | 395,09 | 317,83 | 624,02 | 295,26 | 236,33 | | 197,52 | | 177,75 | |
| 23% | 19 a 23 | 485,96 | 390,96 | 767,58 | 363,17 | 290,69 | | 242,93 | | 218,64 | |
| 16% | 24 a 28 | 563,70 | 453,51 | 890,38 | 421,27 | 337,19 | | 281,79 | | 253,63 | |
| 12% | 29 a 33 | 631,35 | 507,93 | 997,20 | 471,83 | 377,64 | | 315,62 | | 284,03 | |
| 7% | 34 a 38 | 675,54 | 543,48 | 1.067,05 | 504,87 | 404,08 | | 337,70 | | 303,94 | |
| 12% | 39 a 43 | 756,62 | 608,70 | 1.195,02 | 565,41 | 452,56 | | 378,21 | | 340,40 | |
| 25% | 44 a 48 | 945,78 | 760,86 | 1.493,78 | 706,79 | 565,73 | | 472,78 | | 425,53 | |
| 35% | 49 a 53 | 1.276,79 | 1.027,18 | 2.016,70 | 954,15 | 763,70 | | 638,28 | | 574,45 | |
| 45% | 54 a 58 | 1.851,34 | 1.489,45 | 2.924,17 | 1.383,53 | 1.107,35 | | 925,47 | | 832,95 | |
| | > a 59 | | | | | | | | | | |

* Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como municipal, compreendida pelos municípios de: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo, Santa Rita, Sapé, Mari, Cruz do Espírito Santo, Mamanguape, Rio Tinto, Itabaiana, Conde, Pitimbu, Pilar, Alhandra, Caporã, Lucena, Guarabira, Alagoa Grande, Alagoinha, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema, Cacimba de Dentro, Caiçara, Cuitégi, Dona Inéz, Duas Estradas, Itaporoca, Lagoa de Dentro, Mulungu, Pilões, Pilõeszinhos, Píripituba, Serra da Raiz, Serraria, Solânea e Tacima em rede preferencial por ela indicada.

Assinatura
21/02/2016



TERMO DE ADESÃO

www.unimedjp.com.br
Rua Marechal Deodoro, 420 - Torre
CEP 58040-910 - João Pessoa - PB
Fone: (83) 2106-0216

_____, _____, _____
(Nome do (a) Usuário (a)) (Nacionalidade) (Estado Civil)

Residente e domiciliado(a) no(a) _____
(Rua/Avenida)

_____, _____, _____, _____, _____
(nº) (Complemento) (Bairro) (Cidade) (UF)

Portador (a) do CPF n.º _____ - _____ carteira de identidade n.º _____
(Nº do CPF)
_____, _____
(Órgão Expedidor) (UF)

pelo presente instrumento, **formaliza adesão ao convênio** firmado entre a **UNIMED JOÃO PESSOA** e a **ASSIFPB, DECLARANDO** estar ciente da concessão / manutenção do **desconto de 20% (vinte por cento)** sobre os preços constantes da proposta de **admissão do plano de saúde** contratado (plano individual / familiar) **fica condicionada à comprovação de sua vinculação à pessoa jurídica conveniada.**

Declara estar ciente que a rescisão do convênio com a ASSIFPB e/ou a perda, A QUALQUER TEMPO, da sua qualidade de associado / filiado da ASSIFPB acarretará, de imediato, a perda do desconto concedido sobre o valor da mensalidade constante da proposta de admissão, passando a mesma a ser cobrada de forma integral.

Declara ainda estar ciente que a não apresentação anual à UNIMED JOÃO PESSOA de documento que comprove a sua qualidade de associado / filiado da ASSIFPB acarretará, de imediato, a perda do desconto concedido sobre o valor da mensalidade constante da proposta de admissão, passando a mesma a ser cobrada de forma integral.

João Pessoa (PB), _____ de _____ de _____.

NOME DO USUÁRIO