



Presidência da República
Secretaria-Geral
Secretaria de Administração
Diretoria de Recursos Logísticos

**CONVÊNIO DE ADESÃO, QUE ENTRE SI
CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DA
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, NA CONDIÇÃO
DE PATROCINADORA E A FUNDAÇÃO
ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO
MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ.**

PROCESSO N° 00200.001767/2015-94

CONVÊNIO N° 01/2015

A UNIÃO, por intermédio da Presidência da República, CNPJ n° 00.394.411/0001-09, neste ato representada pelo Diretor de Recursos Logísticos da Secretaria de Administração, Senhor **GUSTAVO COSTA RODRIGUES**, portador da Carteira de Identidade n° 1735472 – SSP/DF e do CPF n° 914.495.371-20, de acordo com a competência prevista na Portaria n° 192, de 19/08/2015, publicada no Diário Oficial da União em 20/08/2015, doravante designada simplesmente **PATROCINADORA**, e, do outro lado, a **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA (ASSEFAZ)**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, que opera planos privados de assistência à saúde, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n. 34.692-6, classificada na modalidade Autogestão sem mantenedor, multipatrocínada, CNPJ N° 00.628.107/0001-89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco “A”, Edifício ASSEFAZ, Brasília/DF, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por seu Presidente, Senhor **PEDRO CLÓVIS SANTARO ARAKE**, brasileiro, portador do CPF 121.313.341-68, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO**, com fulcro no art. 230, da Lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com redação dada pela Lei n° 11.302, de 10 de maio de 2006, e demais disposições pertinentes, observado o disposto no Decreto n° 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, alterado pelo Decreto n° 5.010, de 09 de março de 2004, sujeitando-se especialmente à Lei n° 9.656/98, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, bem como à Lei n° 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber, à Resolução Normativa/ANS/n° 137 e Resolução Normativa/ANS/n° 148, de 2007, à Resolução Normativa/ANS/n° 195 e suas alterações, à Portaria Normativa/MP/SRH/ n° 05 de 11 de outubro de 2010, Portaria MP n° 625, de 21 de dezembro de 2012, bem como ao Estatuto e Regulamentos da **ASSEFAZ**, na forma das cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Celebração de convênio entre a Presidência da República - (**PR-PATROCINADORA**) e a Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (**ASSEFAZ**), objetivando proporcionar aos servidores em exercício na PR, seus dependentes e agregados, a possibilidade de ingresso nos Planos de Saúde.

Parágrafo Único - Vinculam-se ao presente Convênio, o Termo de Referência e o Plano de Trabalho, os quais constituem parte integrante deste instrumento, independentemente de sua transcrição.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS BENEFICIÁRIOS

Parágrafo Primeiro - Podem aderir aos Planos de Saúde da **ASSEFAZ** como titulares:

I- O servidor ocupante de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, regidos pela Lei 8.112, de 1990, e com exercício nos órgãos da **PR**, cujas atividades administrativas estão sob responsabilidade da Secretaria-Geral da Presidência da República;





II- os servidores e empregados públicos originários de órgãos estaduais, municipais, empresas públicas e sociedade de economia mista, nomeados para cargos em comissão do Grupo de Direção e Assessoramento Superior – DAS e Natureza Especial, enquanto durar o vínculo funcional com a PR.

Parágrafo Segundo - Poderão ser inscritos como dependentes do titular nos Planos de Saúde ASSEFAZ:

I- o cônjuge, o companheiro ou companheira em união estável;

II- companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

III- a pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

IV- os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

V- os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

VI- o menor, sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos “IV” e “V”.

Parágrafo Terceiro - A existência de dependente constante nos incisos I e II inibe a possibilidade de inscrição do dependente constante do inciso III do mesmo parágrafo, como dependente salvo por decisão judicial;

Parágrafo Quarto - A existência de dependente constante nos incisos I e II não inibe a possibilidade de inscrição do dependente constante do inciso III do mesmo parágrafo, como agregado por decisão do titular beneficiário;

Parágrafo Quinto - Poderão ser incluídos como Agregados, sem direito ao subsídio, o grupo familiar até o quarto grau de parentesco, consanguíneo e/ou parentesco por afinidade conforme legislação vigente:

I - Filhos (as) e enteados (as) do beneficiário Titular que não detêm a condição justificadora para serem dependentes do titular;

II - Cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados do beneficiário Titular;

III - Netos (as) do beneficiário Titular;

IV - Enteados (as) do filho do beneficiário Titular;

V - Filhos(as) do(a) enteado(a) do beneficiário Titular;

VI - Irmãos (ãs) do beneficiário Titular;

VII - Cunhados (as) do beneficiário Titular;





- VIII - Sobrinhos (as) do beneficiário Titular;
- IX - Mãe e/ou madrasta do beneficiário Titular;
- X - Pai e/ou padrasto do beneficiário Titular;
- XI - Sogro e sogra do beneficiário Titular;
- XII - Tios (as) do beneficiário Titular;
- XIII - Bisnetos (as) do beneficiário Titular

Parágrafo Sexto - O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular do contrato no plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo Sétimo - Os beneficiários titulares não poderão incluir seus dependentes e agregados em planos diferentes do seu.

Parágrafo Oitavo - Caso o beneficiário conveniado da ASSEFAZ deseje trocar de plano, os seus dependentes e agregados terão obrigatoriamente que acompanhar o plano de beneficiário titular.

Parágrafo Nono - No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária da remuneração, o titular poderá optar por permanecer no plano, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, adicionado a parte da contribuição do PATROCINADOR.

Parágrafo Décimo - A permanência especial no plano de exonerados e demitidos obedecerá aos ditames da Lei 9.656/98 e às Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

Parágrafo Primeiro - Os planos de saúde ofertados pela ASSEFAZ são: RUBI (registro ANS 466490126), ASSEFAZ DIAMANTE (registro na ANS 466498121), ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO (registro na ANS 466489122), ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO (registro na ANS 466500127), com adesão espontânea e opcional, administrado pela ASSEFAZ.

Parágrafo Segundo - o Servidor em exercício na PR poderá optar por qualquer plano de saúde da ASSEFAZ, considerando que todos estão em conformidade com a Portaria nº 05/10 MPOG e com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Parágrafo Terceiro - Os Planos de Saúde ofertados pela Assefaz contemplarão a assistência médica ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, odontológica, fisioterápica, psicológica, fonoaudiológica e farmacêutica, conforme dispõe a regulação vigente, nos limites previstos no rol de procedimentos da ANS, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão apartamento, conforme o plano escolhido pelo titular cujo detalhamento está descrito em cada regulamento do plano, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e



Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Parágrafo Quarto - Estão ainda cobertos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações do plano escolhido para adesão.

Parágrafo Quinto - Inclui-se na cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM, ou outra vigente a época, do Ministério da Saúde.

Parágrafo Sexto - Os Planos de Saúde oferecidos cobrem os custos relativos aos atendimentos médico-hospitalares e odontológico em caráter eletivo e de, urgência e emergência com opção das segmentações ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, conforme definido no Rol de Procedimentos da ANS vigente à data do procedimento e descrito no regulamento do plano escolhido para adesão.

Parágrafo Sétimo - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos pela legislação vigente e listados no presente convênio, observadas o regulamento do plano escolhido e as seguintes coberturas:

I - Consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo *Conselho Federal de Medicina (CFM)*.

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

III - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na *Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)*, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

IV - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no referido Rol.

V - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no referido Rol.

VI - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

a) Atividades educacionais;

b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;



- c) Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo 9;
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigentes para a segmentação ambulatorial;
- d) Hemoterapia ambulatorial;
- e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, conforme Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

IX- O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

X - A psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência com quantidade limitada, de acordo com o referido Rol, **por ano de Termo de Convênio** - sempre entendido como sendo cada período de 12 (doze) meses de vigência deste instrumento jurídico celebrado - não cumulativas e necessitando de autorização prévia da **ASSEFAZ**.

XI - Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

XII - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

XIII - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XIV - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e



b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

XV - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimento da ANS 10.

Parágrafo Oitavo - A cobertura hospitalar será feita em acomodação apartamento conforme o plano escolhido pelo beneficiário titular e compreende os atendimentos em unidade hospitalar, definidos no regulamento do plano escolhido, assim como, os listados no parágrafo primeiro desta cláusula, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, inclui:

I - internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

III - diária de internação hospitalar;

IV - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

V - exames complementares, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no regulamento, em território brasileiro;

VII - A assistência hospitalar psiquiátrica compreenderá o tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, compreendendo:

a) O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de Termo de Adesão de Convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

VIII - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:

a) Crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) Idosos a partir de 60 anos de idade; e





c) Pessoas portadoras de deficiências.

IX - Cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

X - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais, conforme Rol de Procedimentos da ANS vigente;

XI - Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente:

a) Ambulatorial - o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da 11 cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; ou

b) Hospitalar - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo faciais listados no Rol de Procedimento Vigentes da ANS, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar; e

c) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

XII - Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XIII - Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

XIV - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto com inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

XV - Procedimentos especiais prescritos pelo médico assistente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação, aqui considerados e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;





- c) Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos com base na legislação vigentes para a segmentação hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição enteral e parenteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física constante no Rol de Procedimentos da legislação vigente.

XVI - Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente:

- a) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante definidos pela legislação vigente, com base no constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, exceto medicação de manutenção, observados os protocolos de diretrizes de utilização e diretrizes;
- b) Compreende o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia);
- c) Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- d) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- e) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- f) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de resarcimento ao SUS.

Parágrafo Nono - O beneficiário conveniado candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's) e sujeitar-se à critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998;





Parágrafo Décimo - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela ASSEFAZ no regulamento anterior em acomodação coletiva, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior a prevista, com ônus adicional para a ASSEFAZ, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Parágrafo Décimo Primeiro - A cobertura odontológica garantirá apenas aos beneficiários que optarem pela adesão do Plano ASSEFAZ DIAMANTE;

I - Consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

II - Procedimentos preventivos, de dentista e endodontia;

III - Cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

Parágrafo Décimo Segundo - O beneficiário conveniado se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da ASSEFAZ, exclusivamente para o atendimento decorrente de procedimentos cobertos. Ao utilizar a rede contratada, beneficiário conveniado não fará qualquer desembolso, cabendo à ASSEFAZ efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do titular.

Parágrafo Décimo Terceiro - Será diretamente efetuado ao prestador o pagamento das despesas cobertas pelos Planos de Saúde da Assefaz, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário conveniado, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão de Identificação de beneficiário fornecido pela ASSEFAZ.

Parágrafo Décimo Quarto - Na hipótese de o beneficiário conveniado optar por acomodação hospitalar superior ao plano escolhido pelo titular para adesão, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e despesas hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Parágrafo Décimo Quinto - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos será feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários conveniados, assim como atendimento preferencial para as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade, observados os prazos legais vigentes definidores da garantia de acesso assistencial;

Parágrafo Décimo Sexto - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados pela ASSEFAZ, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da ASSEFAZ.

CLÁUSULA QUARTA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Parágrafo Primeiro - Estão excluídos de cobertura os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Convênio, no Regulamento do Plano escolhido, os definidos pela legislação vigente e os provenientes de:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:





- a) Emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina-CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO; ou
- c) Não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafallopiana de gameta, doação de óócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado os, disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; da lei 9656/98, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos Vigente;

VII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

X. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção do constante no inciso X do art. 21 da Resolução Normativa 338/2013 e, ressalvado o disposto no art. 13;

XI - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

XII - Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XIII - Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou durante o cumprimento das carências;





XIV - Procedimentos fora do rol de procedimentos e eventos em saúde constantes na legislação vigente;

XV - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do Brasil;

XVI - Medicamento de manutenção para os transplantes.

Parágrafo Segundo - São ainda excluídas as coberturas, no seguinte caso, para segmentação Ambulatorial:

I - Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II - Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - Embolizações.

Parágrafo Terceiro - Ficam, excluídas da cobertura garantida dos planos privados de assistência à saúde da ASSEFAZ a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA – DA ASSISTÊNCIA FARMACOLÓGICA (PREVISTA APENAS NOS PRODUTOS ASSEFAZ DIAMANTE E ASSEFAZ RUBI)

Parágrafo Primeiro - Nos Contratos que ofertarem a referida cobertura, o contratante fará jus ao reembolso de 50% das despesas efetuadas com aquisição de medicamentos alopatônicos, homeopáticos e manipulados, desde que cobertos por este convênio.

Parágrafo Segundo - Para se habilitar ao reembolso, deverá apresentar à ASSEFAZ os seguintes documentos originais e sem rasuras:

- a) Receita prescrita por médico e para o plano Diamante, também por odontólogo;
- b) Nota fiscal; e
- c) Relatório médico, quando necessário.

I - O receituário apresentado deverá obrigatoriamente conter:

- a) Nome completo do paciente;
- b) Identificação do profissional assistente (nome, assinatura, CRM ou CRO legível e especialidade do profissional, sob qualquer forma de impressão);
- c) Data do atendimento (dia, mês e ano);
- d) Identificação dos produtos prescritos;
- e) Posologia; e





f) Duração do tratamento (período de tempo durante o qual o medicamento deverá ser utilizado).

II - A nota fiscal deverá estar obrigatoriamente preenchida com as seguintes informações:

- a) Nome e quantidade dos produtos adquiridos;
- b) Valor pago por cada produto adquirido;
- c) Valor total pago; e
- d) Data da compra.

III - A **ASSEFAZ** somente aceitará a prescrição de medicamentos compatíveis com a especialidade do médico que assina a receita.

- a) Serão acatadas receitas de médicos pediatras para usuários com até 18 anos incompletos.
- b) Serão acatadas receitas de médicos geriatras pra usuários maiores de 60 anos.
- c) Serão acatadas receitas emitidas por dentistas para as seguintes classes de medicamentos:
 - Analgésicos
 - Anti-inflamatórios; e
 - Antibióticos.

IV - O prazo máximo para a solicitação do reembolso de medicamentos é de 60 (sessenta) dias, a contar da data de aquisição do produto.

V - Não será concedido reembolso quando a compra dos medicamentos for efetuada após 30 (trinta) dias, contados a partir da data da prescrição médica.

VI - O reembolso deverá ser efetuado pela **ASSEFAZ** em no máximo 30 (trinta) dias após o recebimento da solicitação de reembolso, desde que apresentada toda a documentação e obedecidas às especificações desta cláusula.

VII - As solicitações de reembolso serão analisadas técnica e administrativamente pela **ASSEFAZ**, que efetuará, dentro do prazo previsto no inciso sexto acima, o pagamento da parte do processo considerada pertinente. Havendo indeferimento total ou parcial, será emitido documento ao beneficiário, informando sobre os motivos da glosa.

VIII - O beneficiário terá direito de recorrer da glosa. Para tanto, deverá apresentar novos argumentos ou documentos que possam alterar a análise do processo ou esclarecer as dúvidas existentes. O beneficiário terá 30 dias corridos para apresentar o recurso de glosa, a contar do recebimento do documento citado no inciso sétimo acima. Findo este período sem que tenha sido apresentado recurso, as glosas serão consideradas aceitas, não cabendo mais recurso com vistas à reanálise do processo.

IX - Recebido o recurso de glosa, a **ASSEFAZ** terá 30 dias corridos para reanalisar o processo à luz dos novos argumentos e/ou da nova documentação apresentada pelo beneficiário. Dentro desse prazo, efetuar o pagamento da parte do processo considerada pertinente e/ou disponibilizar ao beneficiário





novo relatório de indeferimento. Fendo este período sem que tenha sido apreciado o recurso, este será considerado integralmente acatado, devendo ser quitado durante a semana subsequente.

Parágrafo Terceiro – Serão excluídos de cobertura os medicamentos e produtos enquadrados nos seguintes grupos:

I - Produtos sem registro na ANVISA;

II - Produtos indicados para procedimentos e ou patologias sem cobertura no rol de procedimentos;

III – Cosméticos, à exceção:

a) Dos esfoliantes, Secantes, Cicatrizantes e Bloqueador Solar – Cid 10: L70 as patologias acne grau I, II, III e IV e pacientes com uso de Roacutam;

b) Dos hidratantes – CID 10: L85.0 e L85.3 as patologias: dermatite por pele seca, Ictiose, Xeroze Cutânea;

c) Do Bloqueador Solar aos pacientes com Histórico Pessoal de câncer de pele e Albinos;

d) Do Bloqueador Solar para Cid 10: M32 as patologias Lúpus eritematoso sistêmico;

e) De Abrasivos aos pacientes com calosidade;

f) De Lubrificantes Oculares Cid 10: H04 a patologia Síndrome do Olho Seco.

IV - Produtos dietéticos;

V - Produtos odontológicos (com exceção dos analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos);

VI - Medicamentos de uso exclusivo hospitalar;

VII - Medicamentos registrados na ANVISA, como nutrientes e produtos alimentares;

VIII - Complexos vitamínicos e sais minerais, com exceção daqueles indicados para:

a) Tratamento da Insuficiência Renal Crônica;

b) Pós-operatório de artroplastia, no período máximo de 1 (um) ano, contado da data da cirurgia, mediante apresentação de resultados de exames;

c) Doenças da tireóide e paratireóide;

d) Desnutrição associada a terapias oncológicas;

e) Patologias Cardiológicas, em que há perda de potássio;

f) Tratamentos ortomoleculares;

g) Medicamentos para fins diagnósticos.





IX - Complexos vitamínicos e sais minerais, com exceção daqueles indicados para Produtos em fase experimental;

X - Produtos indicados para fins diversos, daqueles previstos em seu registro ANVISA;

XI - Produtos contraceptivos, anticoncepcionais e anovulatórios, com exceção dos medicamentos para tratamento de endometriose (com relatório médico e laudo do exame de imagem que demonstre a patologia, realizado a três meses, devendo ser reavaliado em três meses e prorrogado pormônio máximo 06 meses).

XII - Produtos indicados para reposição hormonal à base de testosterona, exceto para pacientes prostatectomizados, ou pós-neoplasia de testículo.

XIII - Vacina não reconhecida pelo órgão governamental e/ou sem registro na ANVISA;

XVI - Vacinas disponíveis na rede pública, seus similares e outras que apresentem a mesma indicação médica;

XV - Imunoterapias e vacinas dessensibilizantes fora do Rol de procedimentos constante na legislação vigente;

XVI - Medicamentos Anti-Tabagistas

CLÁUSULA SEXTA – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (PREVISTA APENAS NO PRODUTO ASSEFAZ DIAMANTE)

Parágrafo Primeiro – Este plano oferece além das coberturas nas segmentações ambulatorial, hospitalar com obstetrícia a segmentação odontológica onde garante realização de atendimentos em consultórios, os procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos, vigentes à época do evento, desde que prestados por clínicas de odontologia e por dentistas credenciados pela ASSEFAZ, devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia da jurisdição onde atuem, mediante apresentação da carteira de identificação do usuário e respeitados os prazos de carência e os limites estabelecidos no convênio.

Parágrafo Segundo – Haverá ainda a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Parágrafo Primeiro - Considera-se atendimento de **urgência** o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo da gestação.

Parágrafo Segundo - Considera-se atendimento de **emergência** o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.





Parágrafo Terceiro - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência da assinatura do Termo de Adesão de Convênio do beneficiário conveniado aos Planos de Saúde da Assefaz, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário conveniado, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

I – **Casos de emergência:** A constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato; e

II – **Casos de urgência:** A ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Quarto - Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

Parágrafo Quinto - O plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à **ASSEFAZ**.

Parágrafo Sexto - Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude de estar cumprindo carência de 24 horas, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

I - Quando não puder haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **ASSEFAZ** desse ônus;

II - Caberá à **ASSEFAZ** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

III - A **ASSEFAZ** deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

IV - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no Inciso II deste parágrafo, a **ASSEFAZ** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA OITAVA – DO REEMBOLSO

Parágrafo Primeiro - Nos atendimentos de emergência ou urgência e nos atendimentos eletivos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a





utilização dos serviços credenciados pela **ASSEFAZ**, será garantido ao beneficiário o reembolso integral das despesas decorrentes do atendimento , incluindo as despesas decorrentes do transporte.

Parágrafo Segundo - O reembolso das despesas realizadas nos atendimentos eletivos , quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela ASSEFAZ, se dará nos moldes e limites apresentados nos parágrafos seguintes:

I - Nos casos das consultas, será reembolsado o valor da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5^a Edição, sem a utilização de bandas, independente do valor pago pelo beneficiário, sendo reembolsado integralmente nos casos em que não houver rede de cobertura no local.

II - As tabelas a serem utilizadas para o reembolso estarão disponíveis no sitio da ASSEFAZ (www.assefaz.org.br), bem como nas Gerencias Regionais da Assefaz para consulta dos beneficiários.

III -. Qualquer dúvida referente ao método de reembolso poderá ser sanada por meio do sitio da Fundação (www.assefaz.org.br), ou pelas Gerências Estaduais ou Locais.

IV - O reembolso obedecerá à tabela de honorários médicos praticada pela gerência onde o beneficiário foi atendido, não podendo ultrapassar, em hipótese nenhuma, os valores registrados na Nota Fiscal e pagos pelo beneficiário.

V -. O pagamento do reembolso de procedimentos obedecerá aos valores praticados na gerência em que o beneficiário foi atendido e realizou o serviço médico hospitalar.

Parágrafo Terceiro - A análise para o reembolso previsto nos termos deste regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais:

I - Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico e CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;

II - Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por nota fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;

III - Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

Parágrafo Quarto - Para os dependentes e agregados, os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o beneficiário titular.

Parágrafo Quinto - Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais, devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

Parágrafo Sexto - Em nenhuma hipótese a **ASSEFAZ** aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

Parágrafo Sétimo - Após a aceitação dos documentos apresentados e a comprovação do evento e das





despesas, por intermédio de auditoria médica, o pagamento do reembolso das despesas será efetuado em até 30 (trinta) dias.

Parágrafo Oitavo - Para que o reembolso seja efetivado, o beneficiário deverá caracterizar perfeitamente o evento, mediante documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento.

Parágrafo Nono - O valor do reembolso não será inferior ao valor constante nas tabelas utilizadas para os procedimentos médico-hospitalares, conforme prescreve o inciso IX, artigo 2º, Resolução CONSU 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução CONSU 15/1998).

Parágrafo Décimo - Caso o custo real das despesas seja inferior ao valor fixado na Tabela ou ao valor praticado pela rede credenciada, o reembolso será efetuado no valor efetivamente pago.

Parágrafo Décimo Primeiro - A ASSEFAZ não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário titular, dependentes e agregados.

Parágrafo Décimo Segundo - Os reajustes dos valores de reembolso serão de acordo com a edição da tabela vigente naquele Estado.

Parágrafo Décimo Terceiro - Para fins de reembolso de procedimento, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada listada neste parágrafo no prazo máximo de 12 meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

CLÁUSULA NONA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Parágrafo Primeiro - A ASSEFAZ adotará, como mecanismos de regulação a autorização prévia para os procedimentos eletivos, conforme a tabela CBHPM/TUSS (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos /Terminologia Unificada da Saúde Suplementar).

Parágrafo Segundo - A avaliação da autorização dos procedimentos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo definido pela legislação vigente a partir do momento da solicitação, sendo facultada à ASSEFAZ a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Parágrafo Terceiro - O prazo estabelecido no parágrafo segundo passará a contar a partir do recebimento da demanda pela ASSEFAZ.

Parágrafo Quarto - Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário , por médico da ASSEFAZ e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da ASSEFAZ.

Parágrafo Quinto – O acesso ao atendimento de urgência e emergência não será necessário qualquer tipo de mecanismo de regulação que impliquem em lentidão ou que dificulte o acesso ao atendimento.

Parágrafo Sexto - Quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínuos ou não, nos 12 meses de vigência do Termo de Adesão ao Convênio, será cobrada, independentemente se utilizado





pelo TITULAR por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano, coparticipação crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 10% no primeiro mês, 20% no segundo mês, 30% no terceiro mês, 40% no quarto mês e 50% a partir do quinto mês, tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico efetivamente pago.

Parágrafo Sétimo - Quando as internações ocorrerem em modalidade de hospital-dia, até 12 horas, será cobrada a coparticipação na proporção de 50% (cinquenta por cento) do valor estipulado como coparticipação no Contrato Coletivo Empresarial entabulado entre a ASSEFAZ e o PATROCINADOR.

Parágrafo Oitavo - Se o valor mensal a ser suportado pelo beneficiário e/ou seus dependentes e agregados superar os valores decorrentes do item 12.7, o pagamento da diferença de coparticipação será realizada nos meses subsequentes, até que haja a efetiva quitação do débito.

Parágrafo Nono - Não se aplica o art. 4º, inciso I alínea "b" da Resolução CONSU nº 08/1998 neste Termo de Referência, tendo em vista não operacionalizar-se qualquer mecanismo de direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

Parágrafo Décimo - A liberação de procedimentos básicos será concedida pela ASSEFAZ, por meio da apresentação da carteira de identificação do plano, seguida do RG do beneficiário ao prestador de serviços.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os procedimentos que necessitam de autorização são aqueles definidos na tabela de procedimentos CBHPM/TUSS, elaborada pela ASSEFAZ, vigente à época do evento:

I - As guias devem ser devidamente preenchidas pelo paciente, sob pena de devolução, anotando-se o CID e os demais códigos que as orientam.

II - A autorização para as internações hospitalares, cirurgias ambulatoriais, diálise de qualquer natureza, quimioterapia e radioterapia, sessões de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional, deverão ser solicitadas à Central de Atendimento pelo prestador de serviço credenciado (médico, ambulatório, clínica e hospital).

III - A garantia do atendimento ao beneficiário pelo profissional avaliador médico será efetuada no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, consoante prescreve o artigo 4º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98.

Parágrafo Décimo Segundo - Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a junta médica composta pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e um profissional médico escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora, conforme legislação vigente.

Parágrafo Décimo Terceiro - Eventuais alterações da rede hospitalar serão comunicadas ao titular do plano, ao pensionista e à ANS será constituído processo específico em conformidade ao artigo 17 da Lei 9.656/98.

Parágrafo Décimo Quarto - Ficarão disponibilizadas para os beneficiários as informações a respeito da rede de prestadores de serviços, por meios de divulgação eletrônica no sítio da ASSEFAZ (www.assefaz.org.br).





Parágrafo Décimo Quinto - Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da **ASSEFAZ**, conforme estabelece o artigo 12, I, “b”, da Lei nº 9.656/98, c/c o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98, observada a cobertura contratada.

Parágrafo Décimo Sexto - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o Art. 17 da Lei 9.656/98 ocorrer por decisão da **ASSEFAZ**, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento está obrigado a manter a internação e a **ASSEFAZ**, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma da legislação vigente.

Parágrafo Décimo Sétimo – Excetuam-se do previsto no item anterior os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando a **ASSEFAZ** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA COPARTICIPAÇÃO (PREVISTA APENAS NOS PRODUTOS ASSEFAZ ESMERALDA ENFERMARIA e ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO)

Parágrafo Primeiro - Será cobrada coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares pelo titular e dependentes e agregados inscritos nos Planos de Saúde **ASSEFAZ ESMERALDA ENFERMARIA anteriormente disponibilizado e ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO**, observando-se o descrito nos itens seguintes (coparticipação):

Parágrafo Segundo - Será de responsabilidade do TITULAR o pagamento da coparticipação relativa aos atendimentos realizados em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, juntamente com a mensalidade do plano de saúde, que serão cobrados pela **ASSEFAZ**, mediante débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou outro meio hábil ou idôneo de cobrança. O atraso no pagamento da coparticipação ocasionará a incidência de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.

Parágrafo Terceiro - O TITULAR assumirá o pagamento da coparticipação na proporção de 30% (trinta por cento) do valor total das despesas correspondentes aos procedimentos realizados, toda vez que ele ou seu DEPENDENTE e AGREGADO utilizar a assistência médica ambulatorial estabelecida no **ASSEFAZ ESMERALDA**.

Parágrafo Quarto - O valor a ser cobrado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado a R\$ 256,11 (duzentos e cinquenta e seis reais e onze centavos) por evento, independentemente se utilizado pelo TITULAR e ou por seus dependentes e agregados inscritos no plano, compreendidos todos os recursos necessários para sua realização.

Parágrafo Quinto - O pagamento a ser suportado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado ao valor de R\$ 374,13 (trezentos e setenta e quatro reais e treze centavos) por mês.

Parágrafo Sexto - Será cobrado COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR no valor de R\$ 512,22 (Quinhentos e doze reais e vinte e dois centavos) por utilização de cada internação clínica e cirúrgica por período ininterrupto de internação ou após o trigésimo dia da internação psiquiátrica contínuos ou





não, nos 12 meses de vigência, independentemente se utilizado pelo TITULAR por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano.

Parágrafo Sétimo - Os valores referidos nos itens anteriores serão reajustados anualmente com base nos mesmos percentuais de reajuste das mensalidades ou sempre que a avaliação atuarial recomendar.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO CUSTEIO PELO PATROCINADOR

Parágrafo Primeiro - A participação mensal da **PR** para custeio do Plano de Saúde escolhido pelo servidor titular se dará de acordo com o anexo da Portaria MP nº 625, de 21 de dezembro de 2012, e suas alterações posteriores que estabelecem os valores per capita, por titular e dependente inscrito no âmbito do Convênio.

Parágrafo Segundo - A ASSEFAZ enviará a PR, no primeiro dia útil do mês anterior ao vencimento da mensalidade por parte do titular, arquivo contendo a listagem de todos os titulares e dependentes. A **PR**, após análise, deverá responder à ASSEFAZ até o dia 20 de cada mês, às 12hs, encaminhando a listagem dos titulares e dependentes e a relação individualizada do benefício per capita a que terão direito.

Parágrafo Terceiro - No caso de atraso no envio ou processamento das informações por culpa da ASSEFAZ, ficará prorrogado idêntico prazo para a **PR**, os casos em que o atraso se der por culpa da PR, a ASSEFAZ cobrará do conveniado titular a mensalidade integral do plano, repassando-lhe posteriormente o valor inerente ao patrocínio, assim que receber o crédito da **PR** em conta corrente, juntamente com a relação nominal dos conveniados com direito ao subsídio patronal.

Parágrafo Quarto - Quando o dia 20 do mês recair num sábado, domingo ou feriado, a **PR** deverá encaminhar a listagem à ASSEFAZ em dia útil anterior à data limite.

Parágrafo Quinto - No caso de atraso no envio ou processamento das informações motivado pela ASSEFAZ, ficará prorrogado idêntico prazo para o **PATROCINADOR**. Nos casos em que o atraso se der em razão do **PATROCINADOR**, a ASSEFAZ cobrará do beneficiário titular a mensalidade integral do plano, repassando-lhe posteriormente o valor inerente ao patrocínio, assim que a ASSEFAZ receber o crédito do **PATROCINADOR** em conta corrente, juntamente com a relação nominal dos beneficiários com direito ao subsídio patronal.

Parágrafo Sexto - A participação per capita de responsabilidade do **PATROCINADOR** deverá ser repassada à ASSEFAZ até o (1º primeiro) dia útil subsequente ao mês a que se refere.

I - Os recursos mencionados serão creditados pelo **PATROCINADOR**, em favor da ASSEFAZ, na conta corrente indicada.

Parágrafo Sétimo - Os recursos mencionados terão seus valores atualizados financeiramente pelo INPC ou outro índice oficial do Governo Federal que venha a substituí-lo, acrescido de multa de 2% sobre o montante e juros de mora a razão de 1% ao mês, quando não creditadas na data pactuada, para lhes preservar o valor real.

Parágrafo Oitavo - O não pagamento das contribuições devidas pelo **PATROCINADOR** por 60 (sessenta) dias, consecutivas ou não, nos últimos doze meses de vigência do convênio, desde





notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência restringirá o atendimento aos beneficiários conveniados do Plano de Saúde, em razão da suspensão ou a rescisão unilateral do Convênio.

Parágrafo Nono - Caberá ainda, ao **PATROCINADOR** apoiar as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados o disposto no Art. 35-F da Lei 9656/98, com a disponibilização de espaço físico para realização das ações de saúde em favor de seus patrocinados e grupo familiar. Assim como, autorizar seus patrocinados a participar das ações de promoção e prevenção realizadas pela ASSEFAZ nas suas dependências assim como nos clubes, hotéis e espaços de lazer, destinados a este fim.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO CUSTEIO PELO TITULAR

Parágrafo Primeiro - A participação financeira mensal dos titulares, destinada para custeio do Plano de Saúde, contratado de escolha do servidor titular para si, seus dependentes e agregados, corresponderá aos valores das mensalidades, calculadas com base na distribuição dos beneficiários conveniados por faixa etária, previstos na tabela de preços do plano contratado e de acordo com a tabela do plano de escolha do servidor, vigentes e disponíveis aos mesmos no departamento de recursos humanos do PATROCINADOR ato da adesão ao plano.

Parágrafo segundo - O beneficiário que está contemplado pelo Convênio anterior continuará a pagar os valores da contraprestação pecuniária diretamente à **ASSEFAZ** pelo meio de cobrança escolhido no momento da sua inscrição.

Parágrafo Terceiro - A contraprestação pecuniária mensal de responsabilidade do Beneficiário Titular referente ao seu plano de saúde de seus dependentes e agregados do grupo familiar conforme legislação vigente serão cobradas majoritariamente mediante débito em conta corrente, sendo admitida por ausência de efetividade da cobrança em débito, a cobrança por Título de Cobrança Bancária – TCB ou outro instrumento de cobrança.

Parágrafo Quarta - Nos termos da legislação vigente, os valores da tabela de preços para as novas adesões serão atualizados conforme dispõe o normativo sobre nota técnica de registro de preço dos produtos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS REAJUSTES

Parágrafo Primeiro - Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente e a data base será a mesma do convênio anterior, assim, o aniversário permanecerá, para fins de reajuste, o mês de julho, e não a data da assinatura do convênio com o Órgão ou entidade.

Parágrafo Segundo – Independentemente da data de inclusão dos beneficiários conveniados, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral em julho, entendendo-se esta como data base única.

Parágrafo Terceiro - Caso no Convênio de Patrocínio ocorra adesão de até 29 (vinte e nove) beneficiários este convênio integrará o agrupamento para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual. Esse agrupamento é o chamado “pool de risco”, previsto pela RN 309, que determina procedimento específico de reajuste para convênios que possuam menos de 30 beneficiários.



Parágrafo Quarto - A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o Convênio será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário do convênio, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

Parágrafo Quinto - Para fins do disposto no item acima serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

Parágrafo Sexto - Se o Convênio for agregado ao agrupamento na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos neste convênio.

Parágrafo Sétimo - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do convênio agregado ao agrupamento observará o disposto na legislação vigente, o valor das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/FIPE (R1 = Reajuste por Inflação).

Parágrafo Oitavo - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, será reavaliado atuarialmente, quando o desequilíbrio ultrapassar o nível de sinistralidade (SE = Sinistralidade Esperada), de 80% cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de análise de 12 (doze) meses consecutivos anteriores a data de aniversário do Convênio de Patrocínio, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial.

Parágrafo Nono - Se o Convênio não for agregado ao agrupamento na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos parágrafos abaixo.

Parágrafo Décimo - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do convênio não for agregado ao agrupamento observará o disposto na legislação vigente, o valor das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/FIPE (R1 = Reajuste por Inflação). Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada está o mês de assinatura do Convênio de Patrocínio.

Parágrafo Décimo Primeiro - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do convênio não for agregado ao agrupamento que ultrapasse o índice de 80% (SE = Sinistralidade Esperada) do convênio, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, este será reavaliado atuarialmente, anteriores à data-base de aniversário, com base na legislação vigente, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial de cada convênio

Parágrafo Décimo Segundo - Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento dos convênios, as informações dos convênios que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Parágrafo Décimo Terceiro - A atualização das contribuições para custeio do plano de saúde será efetuada, mediante comunicação protocolizada ao **PATROCINADOR** com antecedência prévia de 30 (trinta) dias, informando o índice de reajuste aplicado.





Parágrafo Décimo Quarto - O presente Convênio não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação à Lei 9656/98.

Parágrafo Décimo Quinto - Sempre que ocorrer alteração na idade do titular e/ou de seus dependentes e agregados, que implique deslocamento para outra faixa etária, com exceção aos beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, novos valores serão cobrados, que a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com a tabela em vigor.

Parágrafo Décimo Sexto - Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado convênio.

Parágrafo Décimo Sétimo - Não poderá ser aprovado custeio cuja avaliação atuarial indique ser insuficiente para o atendimento das coberturas previstas no Convênio.

Parágrafo Décimo Oitavo - O índice de reajuste anual de cada Plano será submetido pela Presidência da ASSSEFAZ ao Conselho de Administração, para aprovação e após aplicado será comunicado a ANS, em atenção a legislação vigente.

Parágrafo Décimo Nono - Em caso de desequilíbrio econômico-financeiro na ASSEFAZ, que ameace a continuidade dos serviços de saúde aos beneficiários conveniados do Convênio de Patrocínio, a ASSEFAZ submeterá ao Conselho de Administração uma proposta que leve ao reequilíbrio com reajuste técnico, de acordo com a legislação vigente, quando aprovado pela ANS.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA DOTAÇÃO

O valor a ser despendido pela **PR** correrá à conta de recursos específicos aprovados pela legislação em vigor, que aprovou para a Funcional – 04.301.2101.2004.0053 – PTRES 085443 - Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, empregados e seus Dependentes – Nacional, o valor anual de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), Fonte 100, Natureza de Despesa 3390.39-50, correspondendo o valor estimado mensal de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), tendo em vista a variação de adesões e exclusões ocorridas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Parágrafo Primeiro - ASSEFAZ apresentará a **PR**, anualmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os titulares e seus dependentes do Plano de Saúde.

Parágrafo Segundo - A Prestação de Contas final deverá ser apresentada a **PR** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do término do convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS CARÊNCIAS

Parágrafo Primeiro - Não haverá prazo de carência caso o número de participantes do convênio seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários conveniados. Não será exigida qualquer forma de carência





se a inscrição do beneficiário conveniado ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de vigência do convênio.

Parágrafo Segundo - Caso haja menos de 30 (trinta) beneficiários vinculados ao presente convênio, ou ainda nos casos em que o beneficiário não aderir ao presente Convênio de Patrocínio dentro de 30 dias da assinatura deste, nem no prazo de 30 dias do aniversário do convênio, será aplicado período de carência nos termos dos itens a seguir.

Parágrafo Terceiro - Havendo prazo de carência, os beneficiários conveniados que se inscreverem nos planos de saúde da **ASSEFAZ** cumprião os seguintes períodos de carência, conforme legislação em vigor:

- I - Para urgências e emergências: 24 horas;
- II - Consulta médica, exames complementares básicos: 30 dias;
- III - Para as demais coberturas: 180 (cento e oitenta) dias;
- IV - Para partos a termo: 300 (trezentos) dias.

Parágrafo Quarto - Havendo prazo de carência, os beneficiários conveniados que se inscreverem no plano de saúde **ASSEFAZ DIAMANTE**, cumprião os seguintes períodos de carência:

- I - 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;
- II - 60 (sessenta) dias para assistência preventiva;
- III - 90 (noventa) dias para Dentística restauradora e Odontopediatria;
- IV - 120 (centro e vinte) dias para Cirurgia Oral Menor;
- V - 180 (centro e oitenta) dias para Endodontia, Periodontia e Próteses.

Parágrafo Quinto - Não poderá haver antecipação das contribuições mensais com o intuito de abreviar os prazos das carências.

Parágrafo Sexto - O cônjuge ou companheiro(a) do titular está isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o casamento ou formalização da união.

Parágrafo Sétimo - É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, seus dependentes, e agregados se a adesão ao plano ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da posse.

Parágrafo Oitavo - É isento de novas carências o membro conveniado da **ASSEFAZ** que optar por plano diferente daquele de que é titular, dentro de 30 (trinta) dias da assinatura do convênio.

Parágrafo Nono - O filho, natural ou adotivo, do titular está isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção.





Parágrafo Décimo Primeiro - O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, terá aproveitado os períodos de carência já cumpridos pelo titular, ativo ou inativo, adotante.

Parágrafo Décimo Segundo - Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos membros conveniados aos respectivos planos de assistência à saúde da ASSEFAZ.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Parágrafo Primeiro - Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo nos casos de Doença e Lesão Preeexistente quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta) beneficiários.

Parágrafo Segundo - Caso haja menos de 30 (trinta) beneficiários vinculados ao do convênio, aplica-se o descrito neste parágrafo e nos demais desta cláusula.

Parágrafo Terceiro - Para fins do Convênio, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preeexistentes (DLP) aquelas que o membro conveniado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preeistentes declaradas pelo membro conveniado ou seu representante legal;

Parágrafo Quarto - O membro conveniado deverá preencher declaração de saúde no momento da contratação, na forma dos artigos 5º, 10 e 11 da RN/ANS 162/2007, alterada pela RN/ANS 200/2009;

Parágrafo Quinto - O membro conveniado deverá informar à ASSEFAZ , quando solicitado por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de Doença ou Lesão Preeexistente, à época do ingresso no plano, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo Sexto - A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela ASSEFAZ, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário conveniado saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da adesão contratual, e conterá, obrigatoriamente:

I - a definição de CPT, constante no art. 2º, inciso II, da Resolução 162/2007;

II - a definição de Agravo, de acordo com o art. 2º, inciso III, da Resolução 162/2007;

III - a informação sobre o direito do beneficiário conveniado de ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, §§ 1º e 2º da Resolução 162/2007; e





IV - a informação a respeito das consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário conveniado por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS, a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada.

Parágrafo Sétimo - O formulário conterá perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional, oferecendo campo para que seja registrado:

- a) se o preenchimento contou com a presença de médico orientador,
- b) se o beneficiário conveniado dispensou a presença do médico orientador,
- c) comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário conveniado entenda importante registrar, e,
- d) identificação do beneficiário conveniado, assinatura e data de preenchimento da declaração.

Parágrafo Oitavo - Ficará facultado a ASSEFAZ o oferecimento de agravo como opção à CPT.

Parágrafo Nono - Nos casos em que forem identificados indícios de fraude, referentes à omissão de conhecimento de Doença e Lesões Preexistentes por ocasião da adesão ao plano, a ASSEFAZ comunicará imediatamente ao consumidor, ora beneficiário conveniado, e oferecerá as seguintes opções:

I - CPT;

II - Agravo; ou

III - Abrir processo administrativo para o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde, conforme o disposto no artigo 15 da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009.

Parágrafo Décimo - Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo nos casos de Doença e Lesão Preexistente quando o número de participantes do presente convênio for igual ou maior que 30 (trinta) beneficiários conveniados, desde que os mesmos formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do presente convênio ou de sua vinculação ao **PATROCINADOR**.

Parágrafo Décimo Primeiro - Os convênios com adesão até 29 beneficiários serão obrigados a preencher declaração de saúde no momento da opção do Termo de Adesão ao Convênio, na forma da legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA RETIRADA DO PATROCINADOR

Parágrafo Primeiro - A saída da **PR** da cobertura do Convênio Empresarial dar-se-á a rescisão do convênio:

I - Por requerimento da **PR**;





II - Por extinção da **PR**, inclusive por fusão ou incorporação a outro órgão, patrocinador ou não da **ASSEFAZ**;

III - Por descumprimento de quaisquer das cláusulas do Convênio e Termos Aditivos dele decorrentes;

IV - Por decisão da **ASSEFAZ**, respeitados os critérios estabelecidos no artigo 17 da RN 195/09 da ANS.

Parágrafo Segundo - No caso de fusão ou incorporação do **PATROCINADOR** a outro órgão patrocinador da **ASSEFAZ**, a cobertura aos membros conveniados inscritos não sofrerá solução de continuidade, desde que o sucessor, legalmente constituído, expresse formalmente garantia sobre a continuidade das obrigações pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA ASSEFAZ

Parágrafo Primeiro - Constituem obrigações da **ASSEFAZ**:

I - Viabilizar aos membros beneficiários inscritos, as coberturas de assistência ambulatorial e hospitalar previsto no Plano de Saúde escolhido pelo beneficiário, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratada;

II - Administrar o comando das inclusões, exclusões e reinclusões, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos membros conveniados;

III - Fornecer o Cartão de Identificação aos membros conveniados do Plano de Saúde;

IV - Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

V - Disponibilizar ao **PATROCINADOR**, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes no sitio da **ASSEFAZ**;

VI - Designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o **PATROCINADOR**;

Parágrafo Segundo - A **ASSEFAZ** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, estabelecido na legislação vigente;

Parágrafo Terceiro - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao titular do plano e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

Parágrafo Quarto - Os beneficiários conveniados terão acesso à rede de serviços contratada pela **ASSEFAZ**, do seu plano escolhido, para a realização dos procedimentos cobertos pelo plano, cuja divulgação dos prestadores de serviços contratados será feita da forma seguinte:

I- Será disponibilizada por meio da Internet, no sitio da **ASSEFAZ**, a rede de serviços garantidos, especificamente para o plano escolhido pelo beneficiário administrado pela **ASSEFAZ**, com atualização periódica;





II - Em caso de rescisão de credenciamento com prestador de serviço da rede hospitalar vinculado ao plano, na forma da legislação vigente após autorização da ANS, a **ASSEFAZ** comunicará aos beneficiários do plano informando da alteração procedida.

III - A **ASSEFAZ** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados em rede credenciada diversa da prevista para o plano escolhido pelo beneficiário, salvo os casos descritos em lei ou em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA PR

Parágrafo Primeiro - Constituem obrigações da PR

I - Repassar para a ASSEFAZ os valores de contribuição previstos na Cláusula Décima Segunda;

II - Indicar um servidor da PR para ser o responsável pela gestão do Convênio junto à ASSEFAZ;

IV - Informar, de maneira clara e precisa aos servidores da PR, o procedimento para inscrição nos planos administrados pela ASSEFAZ;

VI - Encaminhar, no dia 15 de cada mês, à Superintendência e às Gerências Estaduais e Locais da ASSEFAZ, os formulários de inscrição de novos membros conveniados (titulares e dependentes), com as informações necessárias para o seu cadastramento e recebimento dos Cartões de Identificação de membros conveniados;

VII - Informar à ASSEFAZ a exoneração do titular enviando a cópia do Diário Oficial da União na data da ocorrência, excluindo-os da cobertura financeira da PR por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao Plano de Saúde;

VIII - Recolher e devolver à ASSEFAZ os Cartões de Identificação dos membros conveniados excluídos;

IX - Comunicar à ASSEFAZ eventuais recusas de devolução dos Cartões de Identificação dos membros conveniados;

X - Encaminhar à ASSEFAZ, mensalmente, a fita espelho da folha de pagamento do PR ou outro meio que permita identificar os titulares inscritos, bem como possibilitar o comando dos descontos de participação nas despesas, quando estas operações forem realizadas pela ASSEFAZ.

XI - Disponibilizar à ASSEFAZ, mailing dos servidores de modo a facilitar a divulgação de campanhas e orientações sobre a utilização dos planos;

XII - Disponibilizar à ASSEFAZ, espaço físico para captação de adesões aos planos de saúde, nos primeiros 30 (trinta) dias iniciados na assinatura do Convênio, e anualmente no aniversário do presente instrumento;

XIII - Deverá ser disponibilizado, espaço físico e meios de comunicação internos para a promoção de campanhas preventivas que visem à saúde física e mental dos servidores.





CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA INSCRIÇÃO, DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO

Parágrafo Primeiro - O cancelamento de qualquer beneficiário conveniado no plano de assistência à saúde de que trata o presente Termo de Referência é voluntário;

Parágrafo Segundo - Para fins de cancelamento dos beneficiários conveniados ocorrerá no 1º dia do mês subsequente à informação do **PATROCINADOR** a **ASSEFAZ**, servindo esta data para fins de todos os direitos perante o plano.

Parágrafo Terceiro - Os cancelamentos dos planos de assistência à saúde de que trata o Convênio Empresarial ocorrerão nas seguintes situações:

- I - Suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II - Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- III - Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- IV - Licença sem remuneração;
- V - Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- VI - Exercício provisório;
- VII - Decisão administrativa ou judicial;
- VIII- Fraude;
- IX - Inadimplência de participação ou contribuição, por período superior a 60 (sessenta) dias; por perda dos vínculos do membro beneficiário titular com o **PATROCINADOR**, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;
- X - A pedido do **PATROCINADOR** ou outras situações previstas em Lei e no regulamento do plano;
- XI - Por iniciativa da Assefaz, devido a não observância ao Estatuto e Regimento da Fundação e desde que comunicado previamente ao **PATROCINADOR**;
- XII - Por óbito do titular, dependente, ou do Agregado, integrante do Grupo Familiar; e
- XIII - A pedido do Titular a qualquer tempo.

Parágrafo Quarto - O cancelamento da inscrição do Beneficiário não desobriga o responsável a honrar o pagamento das contribuições devidas e não liquidadas até a data do cancelamento e as despesas de participação na utilização dos serviços, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis.

Parágrafo Quinto - No caso de reingresso do Beneficiário Conveniado, será exigido novo período de carência a contar da data de assinatura do novo Termo de Adesão.



CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA PERMANÊNCIA ESPECIAL NO PLANO

Parágrafo Primeiro - Em caso de exoneração ou demissão, é garantida a manutenção no Plano dos membros beneficiários titulares com seus dependentes, após a perda do vínculo com o PATROCINADOR, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

Parágrafo Segundo - O período de manutenção da condição de membro conveniado será de um terço do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafo Terceiro - A manutenção de que trata este item é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

Parágrafo Quarto - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes e agregados devidamente inscritos no plano.

Parágrafo Quinto - Será necessária a assinatura de Termo de Adesão Específico (ou Especial) com a ASSEFAZ, onde constará a opção do Titular em continuar sua condição de usuário do plano.

Parágrafo Sexto - A permanência especial no plano de exonerados, demitidos e aposentados obedecerá aos ditames da Lei 9.656/98 e às Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O presente Convênio terá vigência de 12 meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos mediante assinatura de termo aditivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA RESCISÃO

Parágrafo Primeiro - O Convênio só poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante notificação por escrito à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou a qualquer tempo, em face da superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

Parágrafo Segundo – Caso qualquer das partes venha a denunciar imotivadamente o convênio, antes do término do prazo mínimo fixado no *caput*, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 1/12 (um doze avos) da média do valor das mensalidades aferidas em razão do número de vidas existentes no ato da denúncia.

Parágrafo Terceiro - No período de 60 (sessenta) dias após a denúncia, os atendimentos aos membros conveniados vinculados ao PATROCINADOR restringir-se-ão às urgências e emergências.

Parágrafo Quarto - O PATROCINADOR deverá continuar creditando à ASSEFAZ as contribuições previstas na Cláusula Décima Primeira durante o período estipulado no Parágrafo Primeiro.





Parágrafo Quinto - Após o prazo estabelecido no Parágrafo Primeiro da Cláusula Vigésima Segunda, não caberá à ASSEFAZ qualquer obrigação em relação à prestação de serviços estipulados no convênio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Parágrafo Primeiro - O PATROCINADOR participará da administração da ASSEFAZ na forma definida em seu Estatuto e Regimento, que prevê assento no Conselho de Administração, de um representante dos órgãos patrocinadores da ASSEFAZ, eleitos a cada três anos, pelos representantes legais dos patrocinadores, dentre aqueles que se candidatarem e preencherem os requisitos.

Parágrafo Segundo - Para o fim previsto no *caput*, haverá convocação de Assembléia Geral dos representantes dos patrocinadores no mês de novembro de cada ano que antecede a renovação do mandato.

Parágrafo Terceiro - Cada candidato deverá encaminhar seu *curriculum vitae* e cada patrocinador terá direito a um voto, sendo eleito o que obtiver a maioria simples dos votos.

Parágrafo Quarto - A Assembleia Geral para escolha do conselheiro, representante dos órgãos patrocinadores, será convocada pelo Presidente do Conselho de Administração da ASSEFAZ, organizada pelo Presidente da ASSEFAZ, e se realizará, em primeira convocação, com, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos Representantes Legais dos órgãos das entidades patrocinadoras, e, em segunda convocação, uma hora mais tarde, com qualquer número.

Parágrafo Quinto - O conselheiro eleito dentre as entidades patrocinadoras terá assento no Conselho de Administração, com direito a deliberação e voto na definição de objetivos e políticas estratégicas da ASSEFAZ, entidade de autogestão multipatrocinada.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DA GESTÃO DO CONVÊNIO

A gestão do Convênio será exercida pela Gerência de Atendimento ao PATROCINADOR ou da ASSEFAZ, que tem como responsabilidade observar seu bom andamento e resolver as falhas que, porventura, possam existir durante a execução deste instrumento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

Caberá ao PATROCINADOR providenciará a publicação resumida do presente instrumento, nos termos do art. 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DO FORO

As questões decorrentes da execução deste Contrato que não possam ser dirimidas administrativamente serão processadas e julgadas no Foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.





Presidência da República
Secretaria-Geral
Secretaria de Administração
Diretoria de Recursos Logísticos

E assim, por estarem de pleno acordo com o que neste instrumento é pactuado, assinam o presente Contrato em 2 (duas) vias de igual forma e teor, para que produzam os efeitos dele decorrente.

Brasília/DF, 25 de Setembro de 2015.

GUSTAVO COSTA RODRIGUES
Diretor de Recursos Logísticos
Presidência da República

PEDRO CLÓVIS SANTARO ARAKE
Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda - ASSEFAZ

