

CONVÊNIO DE ADESÃO Nº 01/2018 QUE  
ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA  
TRANSPARÊNCIA E CONTROLADORIA-GERAL DA  
UNIÃO - CGU, NA CONDIÇÃO DE PATROCINADOR  
CONVENIADO E A FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS  
SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ.

O **MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA E CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO - CGU**, pessoa jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ nº 26.664.015/0001-48, com endereço no Setor de Autarquias Sul, Quadra 01, bloco “A”, Edifício Darcy Ribeiro, Brasília-DF, CEP 70.070-905, neste ato representado pelo seu Ministro, o senhor **WAGNER DE CAMPOS ROSÁRIO**, portador da cédula de identidade nº 1182660330– MD/MG e do CPF nº 180.782.928-64, respectivamente, de acordo com suas atribuições regimentais, denominado doravante **PATROCINADOR**, 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 nº 34.692–6, classificada na modalidade Autogestão sem mantenedor, multipatrocinada, inscrita no sob o nº CNPJ Nº 00.628.107/0001–89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício ASSEFAZ, Brasília – DF, CEP nº 70.304-908, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por seu Presidente, o senhor **PEDRO CLÓVIS SANTARO ARAKE**, portador da cédula de identidade nº 384118–SSP/SP e do CPF nº 121.313.341–68, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, com fulcro no art. 230, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com redação dada pela Lei nº 11.302, de 10 de maio de 2006, e demais disposições pertinentes, observado o disposto no Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, alterado pelo Decreto nº 5.010, de 09 de março de 2004, ambos do Presidente da República, sujeitando-se especialmente à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, bem como à Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber, à Resolução Normativa/ANS/nº 137 e Resolução Normativa/ANS/nº 148, de 2007, à Resolução Normativa/ANS/nº 195 e suas alterações e à Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 9 março de 2017, bem como ao Estatuto e Regulamentos da **ASSEFAZ**, na forma das cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Convênio de Adesão de Patrocínio tem por objeto proporcionar aos servidores do **PATROCINADOR**, ativos ou inativos, e seus respectivos dependentes e agregados do grupo familiar definidos, bem como aos pensionistas, a possibilidade de ingresso nos Planos de Saúde da **FUNDAÇÃO ASSEFAZ** denominados **ASSEFAZ RUBI** (registro ANS 466490126), **ASSEFAZ DIAMANTE** (registro na ANS 466498121), **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO** (registro na ANS 466489122), **ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO** (registro na ANS 466500127), **ASSEFAZ CRISTAL** (registro ANS 479.966/18-6, com adesão espontânea e opcional).

**Parágrafo primeiro** – Os Planos de Saúde a serem ofertados no presente convênio serão todos na modalidade coletiva empresarial, com área de abrangência geográfica nacional, definida pela legislação vigente.



**Parágrafo segundo**– Os servidores ativos ou inativos, e seus respectivos dependentes e agregados dos grupos familiares definidos, bem como aos pensionistas do **PATROCINADOR** contratantes de Planos de Saúde da **FUNDAÇÃO ASSEFAZ**, em conformidade com a legislação vigente serão cobertos pelo regulamento dos planos correspondentes ofertados no presente Convênio.

**Parágrafo terceiro** – O **PATROCINADOR** e a **ASSEFAZ** irão complementar as ações de assistência à saúde, que compreende todas 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.

**Parágrafo quarto**– Poderão ser ofertados novos planos de saúde ou serviços disponibilizados pela **ASSEFAZ**, além dos inicialmente disponibilizados no presente Convênio, bem como poderão ser realizadas outras eventuais alterações, mediante a assinatura de Termo Aditivo com essa finalidade.

**Parágrafo quinto** – Os beneficiários vinculados aos planos SAFIRA ENFERMARIA e ESMERALDA ENFERMARIA, poderão permanecer no plano indefinidamente, sendo admitida inclusão, somente de novo cônjuge e filhos, vedado a transferência de sua titularidade, sob qualquer pretexto a terceiros.

**Parágrafo sexto** – Para os Beneficiários já inclusos em outras modalidades de planos da Assefaz, caso tenham interesse na transferência para o Plano ASSEFAZ CRISTAL, será necessário a transferência de todo o grupo familiar.

**Parágrafo sétimo** – As transferências somente poderão ser protocoladas a partir de 31 de agosto de 2018.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO**

As inscrições dos Beneficiários se efetivarão por meio de opção formal em instrumento a ser firmado com o Titular, denominado “Termo de Adesão ao Convênio”, onde o mesmo adere às regras, cláusulas e definições constantes do Convênio por Adesão firmado com a Patrocinadora e no regulamento do Plano escolhido.

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

- I - servidores públicos ativos (permanentes e/ou requisitados) e empregados da entidade pública patrocinadora;
- II - servidores públicos e empregados aposentados da entidade pública patrocinadora;
- III - pensionistas dos beneficiários descritos nos incisos I e II anteriores;
- IV - o ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com o **patrocinador**, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo;

**Parágrafo segundo** - Os pensionistas poderão aderir aos Planos de Saúde da **ASSEFAZ** mediante opção a ser efetivada junto ao **PATROCINADOR**, observando-se que não será exigida carência, no mesmo plano, se a inscrição for efetivada no prazo de 30 (trinta) dias após o óbito do titular.

**Parágrafo terceiro** - Poderão ser inscritos como beneficiário dependente do beneficiário titular nos Planos de Saúde **ASSEFAZ**:

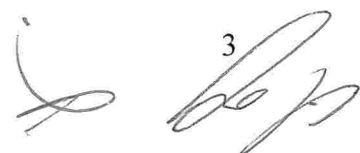
- I- o cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
- II- companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- III- a pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida 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" e/ou enquanto permanecer nessa condição.

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

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

**Parágrafo sexto** - Poderão ser inscritos como beneficiários agregados diretos do beneficiário titular nos Planos de Saúde **ASSEFAZ**, grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, conforme a 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 sétimo**– O ingresso do dependente e dos agregados do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde, e poderão ser inclusos com cobertura superior ou inferior do beneficiário titular.

**Parágrafo oitavo:** Os beneficiários titulares poderão incluir seus dependentes e agregados em planos diferentes do seu.

**Parágrafo nono** - Caso o beneficiário conveniado da **ASSEFAZ** deseje trocar de plano, os seus dependentes e agregados poderão ou não acompanhar o plano de beneficiário titular.

**Parágrafo décimo** - Fica vedado o retorno dos beneficiários inscritos em planos com comercialização suspensa e que optarem pela migração para ativos.

**Parágrafo décimo primeiro** - A permanência especial no plano de exonerados e demitidos sem justa causa, bem como de aposentados obedecerá aos ditames da Lei 9.656/98 e às Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes.

**Parágrafo décimo segundo** – Ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para os planos da Fundação ASSEFAZ é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de manter sua qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, pelo período de manutenção referente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os planos de saúde da Fundação, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**Parágrafo décimo terceiro** - Ao ex-empregado aposentado que contribuiu para os planos da Fundação ASSEFAZ, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de manter sua qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. Nos casos em que o ex-empregado aposentado contribuir pelo período inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

**Parágrafo décimo quarto** - O servidor, ativo e inativo, e os pensionistas vinculados ao **PATROCINADOR** poderão optar pela adesão a qualquer plano de saúde na modalidade coletivo empresarial da **ASSEFAZ**, constantes na cláusula primeira, ofertado por meio do presente convênio, considerando que todos estão em conformidade Portaria do Ministério de Planejamento vigente sobre a matéria e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Parágrafo décimo quinto** - O custeio dos beneficiários agregados, de que trata o parágrafo sexto desta Cláusula, será assumido integralmente pelo Titular.

**Parágrafo décimo sexto** - o beneficiário Titular deverá solicitar diretamente à **ASSEFAZ** a inscrição, alteração ou cancelamento dos planos referentes aos beneficiários agregados.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO**

O cancelamento de qualquer beneficiário conveniado no plano de assistência à saúde de que trata o presente Convênio é voluntário.

**Parágrafo primeiro** - O beneficiário titular poderá solicitar a ASSEFAZ ao PATROCINADOR, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

I – O PATROCINADOR deverá cientificar a Fundação Assefaz em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

II - Expirado o prazo disposto no item I deste parágrafo sem que o PATROCINADOR tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à Fundação Assefaz, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à Assefaz.

**Parágrafo segundo** – A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela Fundação Assefaz.

**Parágrafo terceiro** – A Assefaz poderá aceitar os pedidos de exclusão de beneficiários de planos empresariais, mesmo que não seja apresentado o comprovante de solicitação à pessoa jurídica contratante em prazo superior a 30 (trinta) dias, entretanto as operadoras não são obrigadas a fazê-lo, uma vez que a responsabilidade é do **PATROCINADOR**.

**Parágrafo quarto** – Os cancelamentos dos planos de assistência à saúde de que trata o presente 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
- VI- decisão administrativa ou judicial;
- VII- fraude;
- VIII- inadimplência de participação ou contribuição social, por qualquer período, desde que notificado com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento;
- IX -por perda dos vínculos do beneficiário conveniado 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 óbito do titular, dependente, pensionista ou do Agregado, integrante do Grupo Familiar;
- XII - a pedido do Titular ou do pensionista, a qualquer tempo; e
- XIII - por iniciativa da **ASSEFAZ**, devido a não observância ao Estatuto e Regimento da Fundação e desde que comunicado previamente ao **PATROCINADOR** ou **beneficiário Titular/responsável financeiro, no prazo de 60 dias** .

**Parágrafo quinto** - 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 sexto** – No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária sem remuneração, o titular poderá optar por permanecer no plano, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no §3º do Art. 183 da Lei nº 8.112/90.

**Parágrafo sétimo** - No caso de reingresso do Beneficiário Conveniado, será exigido novo período de carência a contar da data de assinatura do novo Termo de Adesão,; **exceto na situação prevista no parágrafo primeiro da Cláusula Quarta.**

**Parágrafo oitavo** – O PATROCINADOR não se responsabilizará por eventuais débitos ocorridos após ter comunicado a ASSEFAZ qualquer evento que implique no cancelamento da inscrição do servidor e seus dependentes e pensionistas.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS CARÊNCIAS**

Não haverá prazo de carência caso o número de participantes do presente convênio seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários conveniados.

**Parágrafo primeiro** – Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição **ou reingresso** do beneficiário conveniado ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de vigência do convênio, sendo observado o caput.

**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 ou de sua vinculação a Patrocinadora, será aplicado período de carência nos termos dos parágrafos a seguir.

**Parágrafo terceiro** – Havendo prazo de carência, os beneficiários conveniados que se inscreverem nos planos de saúde da **ASSEFAZ** cumprirão 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**, também cumprirão os seguintes períodos de carência para odontologia:

- I – 24h (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 (cento e vinte) dias para Cirurgia Oral Menor;
- V – 180 (cento 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** – É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes, e agregados se a adesão ao plano ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

**Parágrafo sétimo** – O cônjuge ou companheira(o) 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 oitavo** — O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, terá aproveitado os períodos de carência já cumpridos pelo titular, ativo ou inativo, adotante.

**Parágrafo nono** – Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do titular.

**Parágrafo décimo** – Os períodos de carência serão observados também na hipótese de reingresso dos beneficiários conveniados aos respectivos planos de assistência à saúde da ASSEFAZ.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS**

O presente convênio, **observado o cumprimento dos prazos de carência**, se houver, **as exclusões de cobertura e as demais condições contratuais**, garante aos **BENEFICIÁRIOS TITULARES, BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES e os BENEFICIÁRIOS AGREGADOS** as coberturas abaixo elencadas, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9656/1998), e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento, **dentro da rede credenciada** da ASSEFAZ.

**Parágrafo primeiro** - Os planos de saúde ofertados pela Assefaz contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente no país, com acomodação em apartamento, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

**Parágrafo segundo** – A cobertura definida no *caput* observará, como padrão mínimo, o constante das normas relativas ao Rol de Procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**Parágrafo terceiro** - 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 quarto** - Os Planos de Saúde ofertados 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 quinto** - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos pela legislação vigente e listados no parágrafo primeiro, observadas o regulamento do plano escolhido e as seguintes coberturas:



7

- 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, 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.
- VIII - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
  - 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 Adesão 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.

**Parágrafo sexto:** Cobertura Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

- I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
- II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:
  - a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
  - b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.
- III - cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de procedimentos ANS vigentes na data do procedimento;
- IV - cobertura de transplantes listados no Rol de procedimentos ANS vigentes na data do procedimento, e dos eventos a eles vinculados, incluindo:
  - a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
  - b) os medicamentos utilizados durante a internação;

 9

- c) 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 cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
  - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- V - cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
  - b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido na Resolução Normativa específica, respeitando-se a segmentação contratada;
- VI – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa específicas;
- VII - cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
  - b) idosos a partir do 60 anos de idade; e
  - c) pessoas com deficiência.
- VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução específica, 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;
- IX – 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;
- X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definida em norma vigente e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral. (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 04 de Dezembro de 2015, Seção 1, página 41)
  - c) procedimentos radioterápicos previstos em Resolução específica para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - d) hemoterapia;
  - e) nutrição parenteral ou enteral;
  - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica conforme listados em Resolução Específica vigente;
  - g) embolizações listadas em Resolução Normativa específica vigente;
  - h) radiologia intervencionista;
  - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados em Resolução Normativa; e

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados em Resolução específica, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º Para fins do disposto no inciso VI, deve ser observado o seguinte:

- I - cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa;
- II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora; e
- IV- o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

§ 2º Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

**Parágrafo sétimo** - O beneficiário 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-á ao critério de fila única de espera e de seleção, como previsto na Resolução vigente;

**Parágrafo oitavo** - A cobertura odontológico 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 nono** - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela ASSEFAZ, na acomodação contratada, beneficiário 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.



11

**Parágrafo décimo-** Os beneficiários conveniados poderão se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da **ASSEFAZ**, exclusivamente para o atendimento decorrente de procedimentos cobertos. Ao utilizar a rede credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à **ASSEFAZ** efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do titular.

**Parágrafo décimo primeiro-** 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, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão de Identificação do beneficiário conveniado fornecido pela **ASSEFAZ**.

**Parágrafo décimo segundo-** 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 terceiro -** 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 quarto -** 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**.

**Parágrafo décimo quinto –** Para os beneficiários usuários do Planos Plus Dental é garantido a manutenção do plano, nas mesmas condições já firmadas, sendo vedado nos adesões.

#### **CLÁUSULA SEXTA - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (PREVISTA APENAS NO PRODUTO ASSEFAZ DIAMANTE)**

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 neste convênio.

**Parágrafo único–** 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 ASSISTÊNCIA FARMACOLÓGICA (PREVISTA APENAS NOS PRODUTOS ASSEFAZ DIAMANTE E ASSEFAZ RUBI)**

Nos planos que ofertarem a referida cobertura, o beneficiário fará jus ao reembolso de 50% das despesas efetuadas com aquisição de medicamentos alopáticos, homeopáticos e manipulados, cobertos por este Convênio e o Regulamento.

**Parágrafo primeiro** - 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;
- d) data da compra; e
- e) CNPJ do estabelecimento/fornecedor

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

1. serão acatadas receitas de médicos pediatras para usuários com até 18 anos incompletos.
2. serão acatadas receitas de médicos geriatras para usuários maiores de 60 anos.
3. 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



13



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, será efetuado o pagamento da parte do processo considerada pertinente e/ou será disponibilizado ao beneficiário novo relatório de indeferimento. Findo este período sem que tenha sido apreciado o recurso, este será considerado integralmente acatado, devendo ser quitado durante a semana subsequente.

**Parágrafo segundo**— Serão excluídos de cobertura os medicamentos e produtos enquadrados nos seguintes grupos:

- a) produtos sem registro na ANVISA;
- b) produtos indicados para procedimentos e ou patologias sem cobertura no rol de procedimentos;
- c) cosméticos, à exceção
  - i. 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
  - ii. dos hidratantes – CID 10: L85.0 e L85.3 as patologias: dermatite por pele seca, Ictiose, Xerose Cutânea,
  - iii. do Bloqueador Solar aos pacientes com Histórico Pessoal de câncer de pele e Albinos,
  - iv. do Bloqueador Solar para Cid 10: M32 as patologias Lúpus eritematoso sistêmico
  - v. de Abrasivos aos pacientes com calosidade
  - vi. de Lubrificantes Oculares Cid 10: H04 a patologia Síndrome do Olho Seco;
- d) produtos dietéticos;
- e) produtos odontológicos (com exceção dos analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos)
- f) medicamentos de uso exclusivo hospitalar;
- g) medicamentos registrados na ANVISA, como nutrientes e produtos alimentares;
- h) complexos vitamínicos e sais minerais, com exceção daqueles indicados para:
  - i. Tratamento da Insuficiência Renal Crônica;
  - ii. Pós-operatório de artroplastia, no período máximo de 1 (um) ano, contado da data da cirurgia, mediante apresentação de resultados de exames;
  - iii. Doenças da tireóide e paratireóide;
  - iv. Desnutrição associada a terapias oncológicas;
  - v. Patologias Cardiológicas, em que há perda de potássio;
  - vi. Tratamentos ortomoleculares;
  - vii. Medicamentos para fins diagnósticos;
  - viii. Nutriente e/ou mineral, desde que comprovado a insuficiência/deficiência, conforme apresentação de exames laboratoriais, com exceção os produtos em fase experimental;
  - ix. Esteatose hepática; e
  - x. Degeneração macular (relacionada à idade, comprovado por exames complementares e relatório médico, caracterizada na escala AREDS na categoria 3 (DRMI intermediária) e categoria 4 (DRMI avançada).

- i) complexos vitamínicos e sais minerais, com exceção daqueles indicados para Produtos em fase experimental;
- j) produtos indicados para fins diversos, daqueles previstos em seu registro ANVISA;
- k) 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 seis meses e prorrogado por no máximo um ano.
- l) produtos indicados para reposição hormonal à base de testosterona, exceto para pacientes prostatectomizados, ou pós-neoplasia de testículo, quando comprovada a necessidade e mediante apresentação de exames laboratoriais.
- m) vacina não reconhecida pelo órgão governamental e/ou sem registro na ANVISA;
- n) vacinas disponíveis na rede pública, seus similares e outras que apresentem a mesma indicação médica;
- o) imunoterapias e vacinas dessensibilizantes fora do Rol de procedimentos constante na legislação vigente;
- p) medicamentos Anti-Tabagistas.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

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

**Parágrafo primeiro** - 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 segundo** - 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 terceiro** - 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 quarto** –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 quinto**- 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 NONA – DO REEMBOLSO**

Nos atendimentos de emergência ou urgência 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 primeiro** - O reembolso das despesas realizadas de atendimentos eletivos, quando não optado pela Rede Credenciada disponibilizada 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) – 5ª 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.

**Parágrafo segundo** - As tabelas a serem utilizadas para o cálculo do valor de reembolso de procedimentos será a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5ª Edição, sem a utilização de bandas.

I - as tabelas a serem utilizadas para o reembolso estarão disponíveis no sítio da **ASSEFAZ** ([www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br)), bem como nas Gerências Regionais da Assefaz para consulta dos beneficiários.

II - qualquer dúvida referente ao método de reembolso poderá ser sanada por meio do sítio da Fundação ([www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br)), ou pelas Gerências Estaduais ou Locais.

III - 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.

IV - 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 no regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais:



- a) 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;
- b) conta hospitalar detalhada, constando os procedimentos, as 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;
- c) 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.

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

II - somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais, devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

III - em nenhuma hipótese a **ASSEFAZ** aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

IV - 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.

V - 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.

VI - 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).

VII - 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.

VIII - a **ASSEFAZ** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário titular, dependente e agregados.

IX - os reajustes dos valores de reembolso serão de acordo com a edição da tabela vigente naquele Estado.

X - 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 DÉCIMA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

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 a 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 oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, 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 primeiro** - 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 segundo**—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 DÉCIMA PRIMEIRA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

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 primeiro** - A avaliação da autorização dos procedimentos eletivos 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 segundo** - O prazo estabelecido no parágrafo primeiro passará a contar a partir do recebimento da demanda, pela **ASSEFAZ**.

**Parágrafo terceiro** - Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora sendo que o profissional requisitante somente poderá recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

**Parágrafo quarto** – O acesso ao atendimento de urgência e emergência deverá ocorrer no prazo definido pela legislação vigente a partir do momento da solicitação, sendo facultada à **ASSEFAZ** a solicitação posterior ao atendimento de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

**Parágrafo quinto** - 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 sexto** - 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 para o beneficiário e/ou seus dependentes, nas modalidades de plano com esta previsão.

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



**Parágrafo oitavo** - Não se aplica o art. 4º, inciso I alínea “b” da Resolução CONSU nº 08/1998 neste regulamento, tendo em vista não operacionalizar-se qualquer mecanismo de direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

**Parágrafo nono** - 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** –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 com os campos pré estabelecidos pela TISS/ANS como campos obrigatórios.

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 diretamente, pelo prestador à Fundação Assefaz.

III - A garantia do atendimento ao beneficiário pelo profissional avaliador médico será efetuada nos prazos previstos na Resolução vigente da ANS .

**Parágrafo Décimo primeiro**– 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 segundo**- 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 terceiro** - 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](http://www.assefaz.org.br)).

**Parágrafo Décimo quarto** - 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 quinto**- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o Art. 17 da Lei 9656/98 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 sexto** – Excetuam-se do previsto no parágrafo 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 SEGUNDA – DA COPARTICIPAÇÃO (PREVISTA NO PRODUTO ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO)**

Será cobrada coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares pelo titular seus dependentes e agregados inscritos nos Planos de Saúde **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO e ASSEFAZ ESMERALDA ENFERMARIA**, observando-se o descrito nos parágrafos seguintes (coparticipação).

**Parágrafo primeiro** - 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 segundo** – Para os beneficiários usuários do Plano **ASSEFAZ ESMERALDA ENFERMARIA** é garantido a manutenção do plano, nas mesmas condições já firmadas, sendo vedado novas adesões.

**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 APARTAMENTO E ENFERMARIA**.

**Parágrafo quarto** - O valor a ser cobrado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado aos valores expressos nas as alíneas que se segue, por evento, independentemente se utilizado pelo TITULAR e ou por seus dependentes inscritos no plano, compreendidos todos os recursos necessários para sua realização.

- a) Plano ASSEFAZ Esmeralda Apartamento Empresarial: R\$ 381,90 (Trezentos e oitenta e um reais e noventa centavos).
- b) Plano ASSEFAZ Esmeralda Enfermaria Empresarial: R\$ 436,71 (Quatrocentos e trinta e seis reais e e setenta e um centavos).

**Parágrafo quinto** - O pagamento mensal a ser suportado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado conforme expresso nas alíneas que se segue:

- a) Plano ASSEFAZ Esmeralda Apartamento Empresarial: R\$ 557,89 (Quinhentos e cinquenta e sete reais e oitenta e nove centavos);
- b) Plano ASSEFAZ Esmeralda Enfermaria Empresarial: R\$ 620,76 (Seiscentos e vinte reais e setenta e seis centavos).

**Parágrafo sexto** - Será cobrada COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR conforme as alíneas que se segue 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.

- a) Plano ASSEFAZ Esmeralda Apartamento Empresarial: R\$ 763,82 (Setecentos e sessenta e três reais e oitenta e dois centavos);
- b) Plano ASSEFAZ Esmeralda Enfermaria Empresarial: R\$ 876,72 (Oitocentos e setenta e seis reais e setenta e dois centavos).



**Parágrafo sétimo** - Os valores referidos nos parágrafos Quarto ao Sexto serão reajustados anualmente com base nos mesmos percentuais de reajuste das mensalidades ou sempre que a avaliação atuarial recomendar.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA COPARTICIPAÇÃO (PREVISTA NO PRODUTO ASSEFAZ CRISTAL)**

Será cobrada coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares pelo titular seus dependentes e agregados inscritos nos Planos de Saúde **ASSEFAZ CRISTAL APARTAMENTO**, observando-se o descrito nos parágrafos seguintes (coparticipação).

**Parágrafo primeiro** – Para os usuários do plano ASSEFAZ CRISTAL APARTAMENTO EMPRESARIAL, O TITULAR assumirá o pagamento da coparticipação na proporção de 40% (quarenta 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 plano.

**Parágrafo segundo** – O valor a ser cobrado pelo TITULAR, e seus respectivos dependentes e agregados, a título de coparticipação, estará limitado ao valor de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por evento, independente se utilizado pelo TITULAR e ou por seus dependentes inscritos no plano Assefaz Cristal Empresarial Apartamento, compreendidos todos os recursos necessários sua realização.

**Parágrafo terceiro** – O pagamento mensal a ser suportado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado ao valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

**Parágrafo quarto** – A COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR está limitada ao valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), por utilização de cada internação clínica e cirúrgica por período ininterrupto ou após o trigésimo dia da internação psiquiátrica contínuos ou não nos 12 (doze) meses de vigência, independentemente se utilizado pelo TITULAR, por seus DEPENDENTES e AGREGADOS, inscritos no plano.

**Parágrafo quinto** – Os valores referidos nos parágrafos Segundo ao Quarto serão reajustados anualmente com base nos mesmos percentuais de reajuste das mensalidades ou sempre que a avaliação atuarial recomendar.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO CUSTEIO PELO PATROCINADOR**

A participação mensal do **PATROCINADOR** para custeio do Plano de Saúde contratado escolhido pelo servidor titular se dará de acordo com a Portaria do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão vigente, em seu anexo, que estabelecem os valores per capita, por titular e dependente inscrito no âmbito deste Convênio.

**Parágrafo primeiro**– A **ASSEFAZ** enviará ao **PATROCINADOR**, no primeiro dia útil do mês anterior ao vencimento da mensalidade por parte do titular, arquivo contendo a listagem de todos os servidores titulares e de seus respectivos dependentes. O **PATROCINADOR**, após análise, responderá à **ASSEFAZ**, considerando o cronograma da folha de pagamento, enviando o arquivo contendo os valores per capita processados pelo SIAPE, a partir dos beneficiários cadastrados no sistema, cujo repasse será efetuado à **ASSEFAZ** até o 5º (quinto) dia útil subsequente ao mês a que se refere.

**Parágrafo segundo**– No caso de atraso no envio ou processamento das informações motivado pela ASSEFAZ, ficará prorrogado idêntico prazo para o **PATROCINADOR**.

**Parágrafo terceiro** – A contribuição mensal do titular do benefício destinado exclusivamente ao custeio de assistência da saúde suplementar, corresponderá a um valor definido em convênio ou contrato obsevando-se o disposto em Cláusula do contrato.

**Parágrafo quarto** – O **PATROCINADOR** deverá informar por meio de Ofício, informações dos servidores demitidos e exonerados sem justa causa, pois para esses, é assegurado o direito de permanência, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

**Parágrafo quinto** – O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o parágrafo anterior será de um terço do tempo de permanência, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**Parágrafo sexto** – Caberá ainda, ao **PATROCINADOR** apoiar as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados o dispostos 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 QUINTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A **ASSEFAZ** apresentará ao **PATROCINADOR**, anualmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os pensionistas, titulares e seus dependentes do Plano de Saúde.

**Parágrafo único** – A Prestação de Contas considerará o calendário civil contábil e será apresentada ao **PATROCINADOR** até 30 de junho do ano subsequente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RETIRADA DO PATROCINADOR**

A saída do **PATROCINADOR** da cobertura do presente Convênio Empresarial dar-se-á a rescisão do Convênio:

- I) por requerimento do **PATROCINADOR**;
- II) por extinção do **PATROCINADOR**, inclusive por fusão ou incorporação a outro órgão, **PATROCINADOR** ou não da **ASSEFAZ**;
- III) por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste 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 único** - No caso de fusão ou incorporação do **PATROCINADOR** a outro órgão **PATROCINADOR** da **ASSEFAZ**, a cobertura aos beneficiários conveniados inscritos não sofrerá solução de continuidade, desde que o sucessor, legalmente constituído, expresse formalmente garantia sobre a continuidade das obrigações pactuadas de patrocínio.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA- DO CUSTEIO PELO BENEFICIÁRIO

A participação financeira mensal dos titulares, destinada para custeio do Plano de Saúde contratado de escolha do servidor titular para si e seus dependentes, 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 no ato da adesão ao plano.

**Parágrafo primeiro**— O beneficiário que estão contemplados 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 segundo** - 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 debito, a cobrança por Título de Cobrança Bancária – TCB ou outro instrumento de cobrança.

**Parágrafo terceiro** - 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.

**Parágrafo quarto**— Os recursos mencionados no caput desta cláusula serão pagos diretamente pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, em favor da ASSEFAZ.

**Parágrafo quinto** - Os recursos mencionados no caput desta cláusula terão seus valores atualizados conforme regulamento do plano de saúde.

**Parágrafo sexto** – O atraso no pagamento da mensalidade acarretará o cancelamento do contrato, desde que a ASSEFAZ notifique tal fato ao BENEFICIÁRIO com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência.

**Parágrafo sétimo** - A comunicação prévia mencionada no parágrafo anterior poderá ser realizada de todas as formas legais e vigentes de comunicação, tais como, carta com ar, e-mails, ligações telefônicas, mensagens de aplicativos de smartphones e outros.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS REAJUSTES

Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, na data base convencionado entre as partes, no convênio anterior, assim o aniversário considerado para fim de reajuste será o mês de julho, e não a assinatura do convênio com o Órgão ou entidade.

**Parágrafo primeiro**— 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 segundo** – Caso neste Convênio de Patrocínio ocorra adesão de até 29 (vinte e nove) beneficiários este convênio integrará o agrupamento com convênios em situação similar, conforme preconizado em Legislação vigente, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

**Parágrafo terceiro** - 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 deste convênio, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

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

**Parágrafo quinto** - Se este 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 no parágrafo quinto.

**Parágrafo sexto**- 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 sétimo** - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-actuarial 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 **70%** 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, **neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:  $R = ( S / S_m ) - 1$  Onde: S - Sinistralidade apurada no período S<sub>m</sub> - Meta de Sinistralidade expressa em contrato**, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-actuarial.

**Parágrafo oitavo** - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no Parágrafo sétimo, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

**Parágrafo nono** - Se este 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 nos 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** – Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, baseados em estudo atuarial, que levará em conta, no seu cálculo, a variação do índice IPC Saúde/FIPE, a variação das despesas administrativas e a

sinistralidade, sendo apurado no período de análise de 12 meses consecutivos anteriores a julho de cada ano.

**Parágrafo décimo segundo** - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do convênio não for agregado ao agrupamento que ultrapasse o índice de 70% (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 terceiro** - 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 quarto** – A atualização das contribuições para custeio do plano de saúde será efetuada, mediante comunicação protocolizada ao **PATROCINADOR(A)** com antecedência prévia de 30 (trinta) dias, informando o índice de reajuste aplicado.

**Parágrafo décimo quinto** - 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 sexto** - 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 sétimo** - Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado convênio.

**Parágrafo décimo oitavo** - Não poderá ser aprovado custeio cuja avaliação atuarial indique ser insuficiente para o atendimento das coberturas previstas neste Convênio.

**Parágrafo décimo nono** – O índice de reajuste anual de cada Plano será submetido pela Presidência da ASSEFAZ ao Conselho de Administração, conforme rege o Estatuto, para aprovação e após aplicado será comunicado a ANS, em atenção a legislação vigente.

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – FAIXAS ETÁRIAS**

As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito no plano pelo Termo de Adesão ao Convênio esteja enquadrado.

**Parágrafo primeiro** - As faixas etárias previstas neste convênio são: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos e de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

**Parágrafo segundo** - Para os beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais que participam do presente convênio não serão promovidas variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade, mas tão somente os reajustes financeiros anuais.

**Parágrafo terceiro** - Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS que importe em deslocamento para outra faixa etária, a contraprestação pecuniária será reajustada para o valor correspondente à nova faixa no mês subsequente ao da ocorrência do aniversário do BENEFICIÁRIO, incidindo os percentuais abaixo discriminados sobre o valor da última contraprestação pecuniária, a saber:

- 1ª) de 0 a 18 anos;
- 2ª) ao completar 19 (dezenove) anos, acréscimo de 10%;
- 3ª) ao completar 24 (vinte e quatro) anos, acréscimo de 10%;
- 4ª) ao completar 29 (vinte e nove) anos, acréscimo de 15%;
- 5ª) ao completar 34 (trinta e quatro) anos, acréscimo de 15%;
- 6ª) ao completar 39 (trinta e nove) anos, acréscimo de 20%;
- 7ª) ao completar 44 (quarenta e quatro) anos, acréscimo de 28%;
- 8ª) ao completar 49 (quarenta e nove) anos, acréscimo de 30%;
- 9ª) ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos, acréscimo de 34%; e
- 10ª) ao completar 59 (cinquenta e nove) anos, acréscimo de 40%.

**Parágrafo quarto** - A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a data limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

**Parágrafo quinto** - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor estabelecido para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa etárias não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas etárias, conforme as determinações da ANS.

**Parágrafo sexto** - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no presente convênio e legislação vigente e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, não se confundindo com o reajuste financeiro anual.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA – DOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS**

Os Programas Assistenciais da ASSEFAZ visam promover suporte à reabilitação, a manutenção da saúde e a qualidade de vida de seus beneficiários, concedendo atendimento multiprofissionais, sendo uma deliberação da Fundação, conforme critérios estabelecidos nesta cláusula e nos normativos referentes aos programas.

**Parágrafo primeiro** – Os Programas de Internação e Assistência Domiciliar são concedidos à critério da Fundação, desde que atendidos os requisitos técnicos estabelecidos e reconhecidos pelos órgãos públicos responsáveis.

**Parágrafo segundo** – Nos casos em que houver indicação para internação ou assistência domiciliar de pacientes hospitalizados, esses serão avaliados pela equipe técnica da ASSEFAZ à beira leito, que serão avaliados conforme os seguintes critérios:

- I – Clínicos e epidemiológicos;
- II – Geográficos; e
- III – De custo.

**Parágrafo terceiro** – O beneficiário somente será admitido no programa mencionado no parágrafo anterior **após a assinatura do Termo de Consentimento e Adesão**.

**Parágrafo quarto** – Quando ultrapassar 30 (trinta) dias de atendimento domiciliar contínuos ou não nos 12 (doze) meses de vigência contados da assinatura do Termo de Consentimento e Adesão mencionado no parágrafo terceiro, será cobrada, independentemente se utilizado pelo TITULAR, por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos a coparticipação crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo: 10 % no primeiro mês, 20% no segundo mês e 30 % a partir do terceiro mês.

**Parágrafo quinto** – Os cuidadores são de responsabilidade do beneficiário e/ou seu responsável, sendo o respectivo custo de exclusiva responsabilidade deles. Vedado o repasse à ASSEFAZ.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA ASSEFAZ**

Constituem obrigações da **ASSEFAZ**:

- I. viabilizar aos beneficiários conveniados inscritos, as coberturas de assistência ambulatorial e hospitalar previstos no Plano de Saúde escolhido pelo beneficiário, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratados;
- II. administrar o comando das inclusões, exclusões e reinclusões, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários conveniados;
- III. fornecer o Cartão de Identificação aos beneficiários 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 site da **ASSEFAZ**;
- VI. designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o **PATROCINADOR**.

**Parágrafo primeiro** - 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 segundo** - 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 sítio 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 SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO PATROCINADOR**

Constituem obrigações do **PATROCINADOR**, o pleno cumprimento do Estatuto da **ASSEFAZ**:

- I- indicar servidores do **PATROCINADOR** para serem responsáveis pela gestão deste Convênio junto à **ASSEFAZ**;
- II- informar, de maneira clara e precisa aos servidores e pensionista do **PATROCINADOR**, o procedimento para inscrição nos planos administrados pela **ASSEFAZ**;
- III- fornecer à **ASSEFAZ** relação de servidores ativos e inativos e pensionistas aptos a inscreverem-se nos Planos de Saúde.
- IV- repassar para a **ASSEFAZ** os valores de contribuição percapita previstos na cláusula décima quarta;
- V- disponibilizar à **ASSEFAZ**, espaço físico para captação de adesões aos planos de saúde, nos primeiros 30 (trinta) dias iniciados na assinatura deste Convênio, e anualmente no aniversário do presente instrumento;
- VI- 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 TERCEIRA - DA VIGÊNCIA**

O presente Convênio entrará em vigor na data de sua assinatura, com vigência de 60 (sessenta) meses, podendo ser renovado por sucessivos períodos mediante assinatura de termo aditivo, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – RESCISÃO**

O presente 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 inexecutável.

**Parágrafo único** – após o prazo estabelecido no parágrafo primeiro desta cláusula, não caberá à **ASSEFAZ** qualquer obrigação em relação à prestação de serviços estipulados neste Convênio

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA GESTÃO PARTICIPATIVA**

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 primeiro** - 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 segundo** - 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 terceiro** - A Assembléia 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 quarto** - 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 presente Convênio será exercida pela Coordenação Nacional de Cadastro ao Patrocinador 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 DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA**

O ressarcimento do auxílio saúde suplementar será custeado pelo Patrocinador conforme ato publicado pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão que estabelece os valores a serem pagos ao servidor.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DISPOSIÇÃO GERAIS**

Esta avença se destina tão somente a atualizar as disposições pactuadas a regulação vigente, sem alterar o originalmente convencionado, ratifica-se que, independentemente da data da assinatura do convênio anterior, os reajustes permanecerão com periodicidade de 12 (doze) meses, e as mensalidades continuarão a ser reajustadas em julho conforme pactuado entre as partes.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DA PUBLICAÇÃO**

Caberá ao **PATROCINADOR** providenciar, como condição de eficácia, a publicação deste Convênio em extrato no Diário Oficial da União.

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DO FORO**

Fica eleito o foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, para dirimir as dúvidas no decorrer da execução do presente Convênio, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

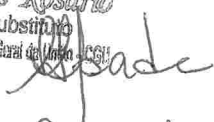
Para validade do pactuado, firmou-se este instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, com um só efeito, na presença das testemunhas assinadas, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.




PATROCINADOR

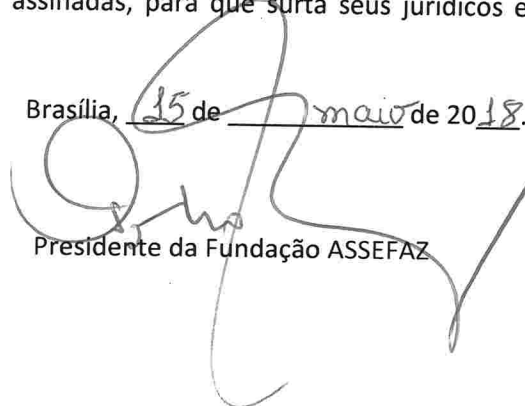
Wagner de Campos Rosário  
Ministro de Estado Substituto  
Ministério da Transparência e Controladoria Geral do Governo - CGU

TESTEMUNHAS:

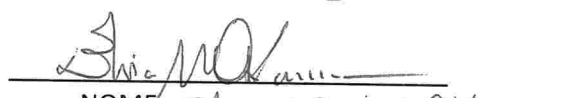


  
NOME  
CPF 153.204.561-15  
RG 1.237.394. SSP/DF

Brasília, 15 de maio de 2018.



Presidente da Fundação ASSEFAZ

  
NOME Elisa Michori Okamura  
CPF 316.252.071-15  
RG 076.957 SSP/DF

