



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

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

PROCESSO Nº 00200.001530/2012-61

CONVÊNIO Nº 01/2012

A **UNIÃO**, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da Presidência da República, CNPJ nº 00.394.411/0001-09, neste ato representada pelo Diretor de Recursos Logísticos da Secretaria de Administração, Interino, Senhor **WÁLTENO MARQUES DA SILVA**, brasileiro, residente e domiciliado nesta cidade, CPF nº 057.446.281-34, de acordo com a competência prevista no art. 1º da Portaria nº 07, de 08/01/2008, publicada no Diário Oficial da União de 09/01/2008, doravante denominada simplesmente **PATROCINADORA**, e, do outro lado, a **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA (ASSEFAZ)**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, que opera planos privados de assistência à saúde, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n. 34.692-6, classificada na modalidade Autogestão sem mantenedor, multipatrocinada, CNPJ Nº 00.628.107/0001-89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco "A", Edifício ASSEFAZ, Brasília/DF, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por seu Presidente, Senhor **HÉLIO BERNADES**, brasileiro, portador da Carteira de Identidade nº 288.665 - SSP/GO, e do CPF 166.418.171-72, nomeado pela Resolução nº 044, de 1º de outubro de 2009, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE PATROCÍNIO**, 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, à Portaria Normativa/MP/SRH/ nº 05 de 11 de outubro de 2010, do Decreto 6.170 de 25 de julho de 2007 e alterações, e da Portaria Interministerial nº 507, de 24 de novembro de 2011, dos Ministros De Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Fazenda e Chefe da Controladoria- Geral Da União, bem como ao Estatuto e Regulamentos da **ASSEFAZ**, na forma das cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS MEMBROS BENEFICIÁRIOS/CONVENIADOS

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

I- o servidor ocupante de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, regidos pela Lei 8.112, de 1990;



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Terceiro - Poderão ser incluídos como Agregados, sem direito ao subsídio, o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco, consanguíneo e/ou parentesco por afinidade.

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

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

CLÁUSULA QUARTA - DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

Parágrafo Primeiro – Os planos de saúde ofertados pela ASSEFAZ são: RUBI (registro ANS 466490126), ASSEFAZ DIAMANTE (registro na ANS 466498121), ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO (registro na ANS 466489122), ASSEFAZ ESMERALDA ENFERMARIA (registro na ANS 466499120), ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO (registro na ANS 466500127) ou ASSEFAZ SAFIRA ENFERMARIA (registro na ANS 466491124), com adesão espontânea e opcional, administrado pela ASSEFAZ.

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



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

Parágrafo Terceiro - Os Planos de Saúde ofertados pela ASSEFAZ contemplarão a assistência médica ambulatorial, hospitalar, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão enfermagem ou apartamento, conforme o plano escolhido pelo titular, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Parágrafo Quarto - Os Planos de Saúde ofertados cobrem os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, conforme definido no Rol de Procedimentos da ANS vigente à data do procedimento.

Parágrafo Quinto- A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no parágrafo primeiro, observadas as seguintes coberturas:

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

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

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

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

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

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

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

- a) Atividades educacionais;
- b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo.

VIII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;



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

- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.) 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 contrato** - sempre entendido como sendo cada período de **12** (doze) meses de vigência deste instrumento jurídico celebrado - não cumulativas e necessitando de autorização prévia da **CONTRATADA**.

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

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

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

III - diária de internação hospitalar;

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

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

VI - taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

VII - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do membro conveniado menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

VIII - cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;



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

IX - cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;

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

XI - procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

XII - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

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

1. hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
2. quimioterapia;
3. radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia de alta dosagem;
4. hemoterapia;
5. nutrição enteral e parenteral;
6. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
7. embolizações e radiologia intervencionista;
8. consulta prévia com anestesista e exames decorrentes;
9. fisioterapia;
10. acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim e demais casos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, exceto medicação de manutenção, observados os protocolos de diretrizes de utilização e diretrizes clínicas.

XIV - cobertura de transplantes de córnea e de rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados:

1. as despesas assistenciais com doadores vivos;
2. os medicamentos utilizados durante a internação;
3. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
4. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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



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

Parágrafo Oitavo - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela ASSEFAZ em acomodação coletiva, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior a prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;

Parágrafo Nono - 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 - O membro conveniado poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da **ASSEFAZ**, exclusivamente para o atendimento decorrente de procedimentos cobertos. Ao utilizar a rede contratada, o membro conveniado 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 membro conveniado, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão de Identificação de membro conveniado fornecido pela **ASSEFAZ**.

Parágrafo Décimo Segundo - Na hipótese de o membro conveniado optar por acomodação hospitalar superior à Enfermaria (acomodação coletiva), quando o plano escolhido pelo titular foi por esta opção, 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 membros 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.

CLÁUSULA QUINTA – DAS EXCLUSÕES

Parágrafo Primeiro - Estão excluídos de cobertura os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Convênio e os provenientes de:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

III - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

IV - cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

V - inseminação artificial;

VI - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

VII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;



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

- VIII - transplantes, à exceção de córnea e rim;
- IX - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- X - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- XI - fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- XII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIII - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV - aplicação de vacinas preventivas;
- XV - necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVI - aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- XVII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XVIII - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XIX - consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XX - procedimentos odontológicos, salvo para o Plano **ASSEFAZ DIAMANTE**, que tem cobertura mínima obrigatória definida pelo Rol de Procedimentos da ANS;

Parágrafo Segundo - Os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Obrigatórios da ANS a época da solicitação médica não serão disponibilizados aos beneficiários.

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

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

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

- a) Receita médica;
- b) Nota fiscal; e
- c) Relatório médico, quando necessário.

I - O receituário apresentado deverá obrigatoriamente conter:

- a) Nome completo do paciente;

7



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

- b) Identificação do profissional assistente (nome, assinatura, CRM ou CRO legível e especialidade do profissional, sob qualquer forma de impressão);
- c) Data do atendimento (dia, mês e ano);
- d) Identificação dos produtos prescritos;
- e) Posologia; e
- f) Duração do tratamento (período de tempo durante o qual o medicamento deverá ser utilizado).

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

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

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

- 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 existentes. O beneficiário terá 30 dias corridos para apresentar o recurso de glosa, a contar do recebimento do documento citado no inciso sétimo acima. Findo este período sem que tenha sido apresentado recurso, as glosas serão consideradas aceitas, não cabendo mais recurso com vistas à reanálise do processo.

IX - Recebido o recurso de glosa, a **ASSEFAZ** terá 30 dias corridos para reanalisar o processo à luz dos novos argumentos e/ou da nova documentação apresentada pelo beneficiário. Dentro desse prazo, efetuar o pagamento da parte do processo considerada pertinente e/ou disponibilizar ao beneficiário novo relatório de indeferimento. Findo este período sem que tenha sido apreciado o recurso, este será considerado integralmente acatado, devendo ser quitado durante a semana subsequente.

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



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

- a) Produtos sem registro na ANVISA;
- b) Produtos indicados para procedimentos e ou patologias sem cobertura contratual;
- c) Cosméticos, à exceção daqueles previstos no item 11.8.3;
- d) Produtos dietéticos;
- e) Produtos odontológicos (com exceção dos estabelecidos no item 9.7);
- 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:
 - Tratamento da Insuficiência Renal Crônica;
 - Pós-operatório de artroplastia, no período máximo de 1 (um) ano, contado da data da cirurgia, mediante apresentação de resultados de exames;
 - Doenças da tireóide e paratireóide;
 - Desnutrição associada a terapias oncológicas;
 - Patologias Cardiológicas, em que há perda de potássio;
 - Tratamentos ortomoleculares
- i) Medicamentos para fins diagnósticos;
- j) Produtos em fase experimental;
- k) Produtos indicados para fins diversos, daqueles previstos em seu registro ANVISA;
- l) Produtos contraceptivos, anticoncepcionais e anovulatórios, com exceção dos casos previstos no item 11.6 da presente Norma;
- m) Produtos indicados para reposição hormonal à base de testosterona, exceto para pacientes prostatectomizados, ou pós-neoplasia de testículo.
- n) Vacina não reconhecida pelo órgão governamental e/ou sem registro na ANVISA;
- o) Vacinas disponíveis na rede pública, seus similares e outras que apresentem a mesma indicação médica;
- p) Imunoterapias e vacinas dessensibilizantes;
- q) Medicamentos Anti-tabagistas.

CLÁUSULA SÉTIMA - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (PREVISTA APENAS NO PRODUTO ASSEFAZ DIAMANTE)

Parágrafo Primeiro – Este convênio oferece as coberturas para serviços odontológicos realizados em consultórios, 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 Segundo – Haverá ainda a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CLÁUSULA OITAVA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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



Parágrafo Terceiro - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência contratual do membro 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 membro conveniado, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- I – Casos de emergência: A constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato; e
- II – Casos de urgência: A ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

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

Parágrafo Quinto - 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

Parágrafo Primeiro - Nos atendimentos de emergência ou urgência e nos atendimentos eletivos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela **ASSEFAZ**, será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998), nos moldes e limites apresentados nos artigos seguintes.

Parágrafo Segundo - O reembolso das despesas realizadas nos atendimentos de urgência e emergência será da seguinte forma:

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.



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

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

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 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, 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.



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

VIII - A **ASSEFAZ** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário titular e/ou dependente.

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

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

Parágrafo Segundo - A avaliação da autorização dos procedimentos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência e emergência, sendo facultada à **ASSEFAZ** a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Parágrafo Terceiro - O prazo estabelecido no parágrafo primeiro passará a contar a partir do recebimento, pela **ASSEFAZ**, dos laudos e documentos solicitados.

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

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

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

Parágrafo Sétimo - A coparticipação sobre a utilização dos serviços será faturada e cobrada juntamente com a mensalidade paga pelo titular ou pensionista.

Parágrafo Oitavo - 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. 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 Nono - Será cobrada a coparticipação sobre todos os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial utilizados pelo TITULAR e seus DEPENDENTES inscritos no plano.

Parágrafo Décimo - 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 utilizar a assistência médica ambulatorial estabelecida nesse contrato.



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

Parágrafo Décimo Primeiro - O valor a ser cobrado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado a R\$ 186,14 (cento e oitenta e seis reais e quatorze centavos) por evento, independentemente se utilizado pelo TITULAR e ou por seus dependentes inscritos no plano, compreendidos todos os recursos necessários para sua realização.

Parágrafo Décimo Segundo - O pagamento a ser suportado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado ao valor de R\$ 271,80 (duzentos e setenta e um reais e oitenta centavos) por mês.

Parágrafo Décimo Terceiro - Os valores acima citados serão reajustados anualmente, de acordo com o percentual definido para reajuste anual e recomposição dos custos de saúde.

Parágrafo Décimo Quarto - Será cobrada COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR no valor de R\$ 372,12 (trezentos e setenta e dois reais e doze centavos) por utilização de cada internação clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica, por período ininterrupto de internação, independentemente se utilizado pelo TITULAR e/ou por seus DEPENDENTES inscritos no plano.

Parágrafo Décimo Quinto - 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 nesta cláusula.

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

Parágrafo Décimo Sétimo - 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.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REDE DE ATENDIMENTO

Parágrafo Primeiro - 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 Segundo – 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 e assinadas pelo prestador, bem como pelo paciente, sob pena de devolução, anotando-se o CID e os demais códigos que as orientam.

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

III - A rotina para obtenção e emissão da resposta à solicitação médica, será efetuada no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, consoante prescreve o artigo 4º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98.

Parágrafo Terceiro - A ASSEFAZ reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante de sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério,



sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quarto - É facultada à **ASSEFAZ** a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17º e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

I - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o *caput* deste artigo ocorrer por decisão da **ASSEFAZ**, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **ASSEFAZ**, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

II - 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 continuidade da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

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

Parágrafo Sexto - 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 Sétimo - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Parágrafo Oitavo - Os cadastramentos e contratos com médicos, estabelecimentos hospitalares e laboratoriais serão organizados e propostos pelo Setor de Credenciamento da **ASSEFAZ**, após cuidadoso exame de seu currículo, não sendo permitida a admissão de profissionais que tenham sofrido punição por infração ao Código de Ética, observado o seguinte:

I - Os contratos serão firmados por tempo indeterminado, podendo ser cancelados mediante proposta do Setor de Credenciamento ou por deliberação da **ASSEFAZ**, respeitadas as estipulações contratuais e a legislação vigente;

II - Os credenciados deverão atender pessoalmente os beneficiários, ressalvada a hipótese de se tratar de pessoa jurídica, quando então os clínicos que a compuserem serão nominalmente identificados;

III - Não poderão cadastrar-se ou firmar convênios com o serviço entidades cujos proprietários participem da administração da **ASSEFAZ**, ou que possuam qualquer vínculo empregatício;

IV - Constitui-se obrigação do credenciado manter padrão técnico, de modo a assegurar a qualidade dos produtos e serviços.

Parágrafo Nono - 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, conforma art. 18, X, §2º, III - RN 211/11, alterada pela RN 262/11.



CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO CUSTEIO PELA PATROCINADORA

Parágrafo Primeiro - A participação mensal da **PATROCINADORA** para custeio do Plano de Saúde contratado escolhido pelo servidor titular se dará de acordo com o anexo da Portaria Conjunta SRH/SOF/MP nº 1, de 29 de dezembro de 2009, e suas alterações posteriores que estabelecem os valores per capita, por titular e dependente inscrito no âmbito deste convênio.

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

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

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

Parágrafo Quinto - A participação da **PATROCINADORA** deverá ser repassada à **ASSEFAZ** até o (1º primeiro) dia útil subsequente ao mês a que se refere.

Parágrafo Sexto - Os recursos mencionados no *caput* desta cláusula serão creditados pela **PATROCINADORA**, em favor da **ASSEFAZ**, na conta corrente por ele indicada.

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

Parágrafo Oitavo - O não pagamento das contribuições devidas pela **PATROCINADORA** por 60 dias, consecutivos ou não, restringirá o atendimento aos membros conveniados do Plano de Saúde às situações de urgência/emergência, na forma da legislação em vigor, sem prejuízo do disposto na legislação aplicável ao assunto.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO CUSTEIO PELO TITULAR

Parágrafo Primeiro - A participação financeira mensal dos titulares, destinada para custeio do Plano de Saúde contratado de escolha do servidor titular para si e seus dependentes, corresponderá aos valores das mensalidades, calculadas com base na distribuição dos membros 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 ato da adesão ao plano.

Parágrafo segundo - O beneficiário deverá pagar os valores da mensalidade diretamente à **ASSEFAZ** pelo meio de cobrança escolhido no momento da adesão.



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

Parágrafo Terceiro - Os valores constantes na(s) tabela(s) em anexo, que fazem parte integrante do presente convênio, são referentes ao valor da mensalidade do plano de saúde, sem a participação financeira da **PATROCINADORA**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DOS REAJUSTES

Parágrafo Primeiro - Os valores das mensalidades e as tabelas de preços serão reajustados anualmente, na data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do convênio com o Órgão, utilizando-se como referência o IPC– Saúde publicado pela FIPE.

Parágrafo Segundo - Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo será procedido de forma complementar ao reajuste anual.

Parágrafo Terceiro – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, os valores serão reavaliados, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e administrativas e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de reajuste do convênio, considerada como o mês de aniversário de vigência do convênio, podendo incidir o referido cálculo abaixo:

NR = Necessidade de Reajuste: é o índice (em percentual) necessário ao estabelecimento do equilíbrio financeiro, obtido pela seguinte equação:

$$NR = \left(\frac{DF}{RM} - 1 \right) \times 100$$

Onde:

RM = Receita Média: é a média aritmética simples das receitas, apurada pela seguinte fórmula:

$$RM = \frac{\sum_{i=1}^n \text{receitas}_i}{n}$$

i = cada mês do período analisado;

n = Número de meses do período analisado.

DF = Despesa Final: é a despesa pura com a diluição da taxa de carregamento, obtida pela seguinte fórmula:

$$DF = DP + (TC \times RM)$$

Onde:

RM = Receita Média: é a média aritmética simples das receitas;

TC = Taxa de Carregamento: é o percentual acrescido à despesa pura para cobrir os gastos relativos às despesas não assistenciais, obtido pela equação:

$$TC = \frac{DNA}{RM}$$

Onde:



DNA representa a média das despesas não assistenciais no período analisado.

DP = Despesa Pura: é a despesa média acrescida da margem de segurança, dada pela fórmula:

$$DP = DM + MS$$

Onde:

DM = Despesa Média: é a média aritmética simples das despesas assistenciais, líquida de coparticipações, dada pela seguinte fórmula:

$$DM = \frac{\sum_{i=1}^n \text{despesas}_i}{n}$$

i = cada mês do período analisado;

n = Número de meses do período analisado.

MS = Margem de Segurança: margem de erro para os resultados, considerando a não homogeneidade das despesas assistenciais líquidas, dada pela fórmula:

$$MS = Z_{\alpha} \times \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Onde:

σ = Desvio Padrão: é uma medida usada para captar a dispersão das despesas assistenciais líquidas em torno da média, obtido pela seguinte fórmula:

$$\sigma = \sqrt{\frac{(\text{despesas}_i - DM)^2}{n - 1}}$$

Z_{α} é um parâmetro obtido a partir da tabela da distribuição Normal, que admite probabilidade de erro α .

Parágrafo Quarto - Se vier a ocorrer variação comprovada de quaisquer dos percentuais dos componentes de custo da equação econômica indicada neste mesmo item, poderá a **ASSEFAZ** adequá-la à efetiva realidade da estrutura de custo do Plano de Saúde, objeto deste convênio.

Parágrafo Quinto - Para fins deste convênio, são consideradas hipóteses de sinistralidade:

I - Aumento imprevisível na frequência de sinistros ou na utilização de serviços;

II - Aumento imprevisível dos custos médicos-hospitalares e odontológicos, superiores às correções praticadas sobre as contribuições do presente plano.

Parágrafo Sexto - Os reajustes financeiros e atuariais serão aplicados a todos os membros conveniados, independente da idade dos mesmos.

Parágrafo Sétimo - Independentemente da data de inclusão dos membros conveniados, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do convênio, entendendo-se esta como data base única.



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

Parágrafo Oitavo – Será considerado reajuste qualquer variação positiva e negativa na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do convênio.

Parágrafo Nono – A atualização das contribuições para custeio do plano de saúde será efetuada, mediante comunicação protocolizada a **PATROCINADORA** com antecedência prévia de 30 (trinta) dias, informando o índice de reajuste aplicado.

Parágrafo Décimo - 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 Primeiro - Sempre que ocorrer alteração na idade do titular e/ou de seus dependentes que implique deslocamento para outra faixa etária, novos valores serão cobrados mensalmente, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com a tabela em vigor.

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

Parágrafo Décimo Terceiro – A atualização das contribuições para custeio do plano de saúde será efetuada anualmente, mediante comunicação protocolizada a **PATROCINADORA** com antecedência prévia de 30 (trinta) dias, informando o índice de reajuste aplicado, acompanhado da planilha demonstrativa de custos assistenciais dos planos de saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL

Para que os servidores titulares e seus dependentes tenham direito de usufruir dos planos de saúde em conformidade com o Estatuto desta Fundação, o titular deverá se associar a Fundação **ASSEFAZ** mediante o pagamento de Contribuição Mensal, de caráter associativo, prevista no artigo 24, IV do Estatuto, de acordo com a tabela fixada pelo Conselho de Administração da **ASSEFAZ**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA PARTICIPAÇÃO PELO USO DOS SERVIÇOS

Parágrafo Primeiro - Os pensionistas e titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, na forma estabelecida neste convênio, que serão cobrados pela **ASSEFAZ**, mediante débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou outro meio hábil ou idôneo de cobrança.

Parágrafo Segundo - Havendo a perda de vínculo funcional ou empregatício do titular com a **PATROCINADORA** e caso sejam verificados valores correspondentes à participação nas despesas, o montante devido deverá ser quitado pelo titular.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO

O valor a ser despendido pela **PATROCINADORA** correrá à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União, na seguinte dotação orçamentária: Fonte 100, o valor estimado mensal de R\$ 10.000,00(dez mil reais) correspondendo ao valor anual de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) tendo em vista a variação de adesões e exclusões ocorridas.



CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DAS CARÊNCIAS

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

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 dentro de 30 dias da assinatura deste, nem no prazo de 30 dias do aniversário do contrato, aplica-se o descrito neste parágrafo e nos demais desta cláusula.

Parágrafo Terceiro - Havendo prazo de carência, os membros conveniados que se inscreverem nos planos de saúde e assistência social administrados pela **ASSEFAZ** cumprirão os seguintes períodos de carência, conforme o disposto no artigo 12 da lei 9656, de 03 de junho de 1998:

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

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

- 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 - Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do membro conveniado ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de vigência do convênio.

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

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

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



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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

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

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

Parágrafo Terceiro - Para fins deste convênio, considera-se:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Parágrafo Sétimo - O formulário conterá perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional, oferecendo campo para que seja registrado: a) se o preenchimento contou com a presença de médico orientador, b) se o membro conveniado dispensou a presença do médico orientador, c) comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o membro conveniado entenda importante registrar e d) identificação do membro conveniado, assinatura e data de preenchimento da declaração.

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

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

I – CPT;

II – Agravo; ou

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA RETIRADA DA PATROCINADORA

Parágrafo primeiro - A saída da **PATROCINADORA** da cobertura do presente Convênio Empresarial dar-se-á:

I) - por requerimento da **PATROCINADORA**;

II) - por extinção da **PATROCINADORA**, 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.



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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DA ASSEFAZ

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

I - viabilizar aos membros beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviço, os programas de assistência ambulatorial e hospitalar previstos no Plano de Saúde escolhido pelo beneficiário, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratada;

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

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

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

V - fornecer a **PATROCINADORA**, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes;

VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com a **PATROCINADORA**.

VII - informar a **PATROCINADORA** com a maior brevidade possível as solicitações de exclusão de beneficiários em virtude de necessidade do cancelamento do per capita devido.

Parágrafo Segundo - A **ASSEFAZ** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, nos termos do art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

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

Parágrafo Quarto - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **ASSEFAZ** durante período de internação de algum membro conveniado, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

Parágrafo Quinto - Nenhuma responsabilidade caberá à **ASSEFAZ** por atos culposos, dolosos ou acidentais, que provoquem dano à saúde do titular ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do titular.

Parágrafo Sexto - A **ASSEFAZ** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do disposto no presente Convênio.



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

Parágrafo Sétimo - Os membros beneficiários do plano escolhido pelo beneficiário terão acesso à rede de serviços contratada pela **ASSEFAZ** 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 contrato com prestador de serviço da rede hospitalar vinculado ao plano, na forma do artigo 17 da Lei 9.656/98, a **ASSEFAZ** comunicará aos titulares e pensionistas 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 TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA PATROCINADORA

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

I - repassar para a **ASSEFAZ** os valores de contribuição previstos na cláusula décima segunda;

II - indicar um servidor da **PATROCINADORA** para serem o responsável pela gestão deste Convênio junto à **ASSEFAZ**;

III - informar, de maneira clara e precisa aos servidores da **PATROCINADORA**, o procedimento para inscrição nos planos administrados pela **ASSEFAZ**;

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

V - fornecer, mensalmente, à **ASSEFAZ**, no dia 15 de cada mês, lista nominal de todos os titulares excluídos da cobertura financeira da **PATROCINADORA** por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao Plano de Saúde.

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

VII - recolher e devolver à **ASSEFAZ** os Cartões de Identificação dos membros conveniados excluídos;

VIII - comunicar à **ASSEFAZ** eventuais recusas de devolução dos Cartões de Identificação dos membros conveniados;

IX - encaminhar à **ASSEFAZ**, mensalmente, a fita espelho da folha de pagamento da **PATROCINADORA** ou outro meio que permita identificar os titulares e pensionistas inscritos, bem como possibilitar o comando dos descontos de participação nas despesas, quando estas operações forem realizadas pela **ASSEFAZ**.



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

Parágrafo Segundo - A inscrição dos membros conveniados na forma do inciso VI desta cláusula se dará por meio de opção formal em instrumento a ser firmado com o titular e o pensionista, denominado "Termo de Adesão ao PLANO DE SAÚDE ASSEFAZ", contendo as regras, cláusulas e definições constantes deste Convênio e no regulamento do Plano.

Parágrafo Terceiro - Na hipótese da ocorrência do inciso VII desta cláusula, a **PATROCINADORA** deverá manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de membros conveniados do Plano.

Parágrafo Quarto - Para fins dos incisos VI e VII desta cláusula, a inscrição ou exclusão dos membros conveniados ocorrerá no 1º dia do mês subsequente à informação da **PATROCINADORA** à **ASSEFAZ**, servindo esta data para fins de todos os direitos perante o plano, inclusive carência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DA INSCRIÇÃO, DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO

Parágrafo Primeiro - É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer membro conveniado no plano de assistência à saúde de que trata o presente Convênio.

Parágrafo Segundo - A comunicação de inscrição ou de exclusão de membro conveniado no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no Inciso VI da cláusula décima sexta, sendo a data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, se houver.

Parágrafo Terceiro - As exclusões dos planos de assistência à saúde de que trata o presente convênio ocorrerão nas seguintes situações:

- I - suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II - exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- III - redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- IV - licença sem remuneração;
- V - deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- VI - exercício provisório;
- VII - decisão administrativa ou judicial;
- VIII - fraude;
- IX - inadimplência de participação ou contribuição, por período superior a 60 (sessenta) dias; por perda dos vínculos do membro beneficiário titular com a **PATROCINADORA**, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;
- X - a pedido da **PATROCINADORA** ou outras situações previstas em Lei e no regulamento do plano; e
- XI - Por iniciativa da **ASSEFAZ**, devido a não observância ao Estatuto e Regimento da Fundação e desde que comunicado previamente a **PATROCINADORA**.



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

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

Parágrafo Quinto - A inscrição, o cancelamento ou o reingresso de membros conveniados nos planos de saúde **ASSEFAZ** obedecerão ao disposto abaixo:

I - o cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares e pensionistas, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de participação ou contribuição;

II - ocorrendo o cancelamento de inscrição do titular, todos os seus dependentes e agregados terão sua inscrição cancelada;

III - aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados, demitidos ou licenciados, aplicar-se-á o disposto no inciso II desta cláusula, no tocante à quitação de eventuais débitos;

IV - a **PATROCINADORA** não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da **ASSEFAZ**, nem por eventuais débitos ocorridos após a comunicação, pela **PATROCINADORA**, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do pensionista, do titular e seus dependentes;

V - o reingresso de membros beneficiários nos planos obedecerá aos procedimentos e exigências documentais definidos pela **ASSEFAZ**.

Parágrafo Sexto - A exclusão do titular do plano, em qualquer caso, implicará na exclusão de todo o agrupamento familiar.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA PERMANÊNCIA ESPECIAL NO PLANO

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

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

Parágrafo Segundo - A manutenção de que trata este artigo é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do convenio.

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

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

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



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

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DA GESTÃO DO CONVÊNIO

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

CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA - 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 2 (duas) vias de igual teor e forma, com um só efeito, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Brasília, 25 de setembro de 2012.


WÁLTENO MARQUES DA SILVA
Diretor de Recursos Logísticos
PATROCINADORA


HÉLIO BERNADES
Presidente da Fundação **ASSEFAZ**