



Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

**CONVÊNIO DE ADESÃO, QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, E A GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL.**

**PROCESSO Nº 00200.001930/2012-76**

**CONVÊNIO Nº 02/2012**

A **UNIÃO**, 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 **WALTENO 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 **PR**, e a **GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL**, CNPJ nº 03.658.432/0001-82, estabelecida no SHC-AO Sul EA 2/8, Lote 05, Terraço Shopping, Torre “B”, 1º, 2º, 3º e 4º andares, Brasília/DF, doravante denominada **FUNDAÇÃO**, neste ato representada por seu Diretor Executivo, Senhor **PAULO EDUARDO DE PAIVA GOMES DA SILVA**, Carteira de Identidade nº 1131582 SSP/PB e CPF nº 690.539.524-20, nomeado pela Resolução GEAP/CONDEL Nº 637 de 20 de julho de 2012, publicada no DOU de 23 de julho de 2012, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, com fulcro no art. 230, da Lei nº 8.112/90, com redação dada pela Lei nº 11.302/06, 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, todos do Presidente da República, sujeitando-se especialmente à Lei nº 9.656/98, e seus regulamentos, à Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber, e às Resoluções Normativas/ANS/nº 137/06 e 195/09, 279/2011 e normas subseqüentes, e ainda à Portaria Normativa/MP/SRH/nº 5/10, Portaria Conjunta SRH/SOF/MP Nº 1/2009 e Resolução/GEAP/CONDEL/Nº 616/2012, bem como ao Estatuto, Regulamentos e dos Planos da **FUNDAÇÃO**, na forma das Cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Convênio de Adesão tem por objeto proporcionar aos servidores da **PR** e seus respectivos grupos familiares definidos a possibilidade de ingresso no Plano de Saúde **GEAPReferência**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 455.830/07-8, na modalidade de Coletivo Empresarial, com abrangência nacional, administrado pela **FUNDAÇÃO**.

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

**CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS**

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

4





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

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.

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

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

I - O cônjuge, o companheiro ou companheira em união estável.

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

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

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

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

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

**Parágrafo Terceiro** - A existência de dependente constante nos incisos I e II do parágrafo anterior inibe a possibilidade de inscrição do dependente constante do inciso III do mesmo parágrafo.

**Parágrafo Quarto** - Poderão ser incluídos como Agregado do Titular nos Planos administrados pela **FUNDAÇÃO**:

I - Filhos(as) e enteados(as) do Titular que não detêm a condição justificadora para serem dependentes do Titular no plano GEAPReferência.

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

III - Netos(as) do Titular.

IV - Enteados(as) do filho do Titular.

V - Filhos(as) do(a) enteado(a) do Titular.

VI - Irmãos(ãs) do Titular.

W





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

VII - Cunhados(as) do Titular.

VIII - Sobrinhos(as) do Titular.

IX - Mãe ou madrasta do Titular.

X - Pai ou padrasto do Titular.

XI - Sogro e sogra do Titular.

XII - Tios(as) do Titular.

XIII - Bisnetos(as) do Titular.

VIX - Menor curatelado, tutelado ou sob guarda do Titular.

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

### CLÁUSULA TERCEIRA – DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

**Parágrafo Primeiro** - O plano **GEAPReferência** registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 455.830/07-8, contemplará a assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, fonoaudiológica (nos limites previstos no rol de Procedimentos da ANS) e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

**Parágrafo Segundo** - A **FUNDAÇÃO** disponibilizará o plano **GEAPReferência** que cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

**Parágrafo Terceiro** - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observadas as seguintes coberturas:

I - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, nutricionista, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

III - Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 (doze) horas.

**Parágrafo Quarto** - A cobertura hospitalar será feita em acomodação coletiva (Enfermaria) e compreende os atendimentos em unidade hospitalar, 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 beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais conforme indicação do médico assistente, 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 previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

IX - Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

X - Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

XI - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

XII - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XIII - Cobertura de transplantes de córnea, rim, incluindo-se os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos da ANS vigente, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza os procedimentos, abaixo relacionados:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**Parágrafo Quinto** - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela GEAP, na acomodação contratada, ao beneficiário será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

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

#### CLÁUSULA QUARTA – DAS EXCLUSÕES DA COBERTURA

Parágrafo Primeiro - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as resoluções do CONSU e respeitando-se as coberturas mínimas, estão excluídos da cobertura do Plano **GEAPReferência** 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.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

IV - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza.

V - Inseminação artificial.

VI - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

VII - Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

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 anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, 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 - Procedimentos não discriminados na cláusula terceira.

XVI - Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.

XVII - Aparelhos ortopédicos.

XVIII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.

XIX - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano.

XX - Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e, consultas domiciliares.

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

**Parágrafo Terceiro** - Não estão cobertos pelos Planos de Saúde da **FUNDAÇÃO** os exames admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes de responsabilidade da **PR**.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

## CLÁUSULA QUINTA – DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

Os eventos caracterizados como de urgência e emergência são assim definidos:

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

II - 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 Primeiro** - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao plano **GEAPReferência**, 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, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

I - Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

II - Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial.

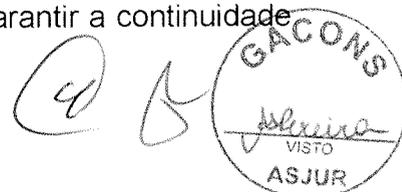
III - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário ao plano.

**Parágrafo Segundo** - 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 Terceiro** - 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 possa 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 **FUNDAÇÃO** desse ônus.

II - Caberá à **FUNDAÇÃO** 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.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

III - A **FUNDAÇÃO** 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 **FUNDAÇÃO** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

**Parágrafo Quarto** - O beneficiário poderá utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da **FUNDAÇÃO**, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à **FUNDAÇÃO** efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do servidor.

**Parágrafo Quinto** – Será diretamente efetuado ao contratado o pagamento das despesas cobertas pelo plano, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão de Identificação de Beneficiário fornecido pela **FUNDAÇÃO**.

**Parágrafo Sexto** - Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à Enfermaria (acomodação coletiva), deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

**Parágrafo Sétimo** – A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos será feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como 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.

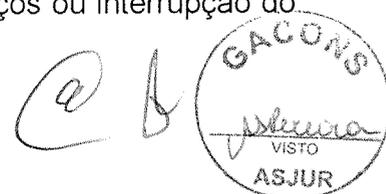
#### CLÁUSULA SEXTA – DO REEMBOLSO

Será assegurado o reembolso dos atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede contratada pela **FUNDAÇÃO**, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pela **FUNDAÇÃO**, nas seguintes situações:

I - Quando o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

II - Quando se configurar urgência/emergência devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou.

III - Na hipótese de paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

**Parágrafo Primeiro** - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela da **FUNDAÇÃO**, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

I - Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

II - Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários médicos.

III - Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.

IV - Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**Parágrafo Segundo** - Para fins de reembolso, o servidor ativo deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**Parágrafo Primeiro** - A **FUNDAÇÃO** adotará, como mecanismos de regulação, a autorização prévia para os procedimentos classificados como média e alta complexidade.

**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, sendo facultada à **FUNDAÇÃO** 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 **FUNDAÇÃO**, 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 beneficiário, por médico da **FUNDAÇÃO** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **FUNDAÇÃO**.

**Parágrafo Quinto** - Será cobrada co-participação pelo uso dos serviços pelo titular, pelos dependentes, pelos agregados e inscritos no plano, observando-se o constante dos incisos I, II e III do item 10.5 do Termo de Referência.

**Parágrafo Sexto** – Os procedimentos relativos às quimioterapias, radioterapias e hemodiálises estão isentos da cobrança de co-participação, nos termos da Resolução/GEAP/CONDEL/Nº 616/2012.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

**Parágrafo Sétimo** – Os valores e percentuais de co-participação serão revistos sempre que a avaliação atuarial recomendar.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA CONTRIBUIÇÃO PELOS BENEFICIÁRIOS AGREGADOS**

Os Titulares do plano poderão inscrever seus Agregados, observando-se o disposto no Parágrafo Quarto da Cláusula Segunda deste Convênio, desde que arque com a contribuição individual e integral para cada Agregado inscrito nos planos administrados pela **FUNDAÇÃO**, desonerando a **PR** de qualquer contribuição para tal categoria de beneficiários.

**Parágrafo Único** - A contribuição do Beneficiário Agregado corresponderá aos valores aprovados pelo Conselho Deliberativo, observada a legislação que rege a matéria, o Regulamento do Plano, bem como as disposições estatutárias da **FUNDAÇÃO**, e será cobrada mediante Título de Cobrança Bancária ou Débito em Conta Corrente.

#### **CLÁUSULA NONA – DA CONTRIBUIÇÃO PELA PR**

A contribuição mensal da **PR** para custeio do Plano GEAPReferência 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.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DA CONTRIBUIÇÃO PELO TITULAR**

A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio do plano **GEAPReferência** para si e seus dependentes, na forma estabelecida na Cláusula Segunda, corresponderá aos valores aprovados pelo Conselho Deliberativo, conforme tabela constante no anexo do Regulamento, observada a legislação que rege a matéria, o Regulamento do Plano, bem como as disposições estatutárias da **FUNDAÇÃO**, mediante arrecadação em folha de pagamento.

**Parágrafo Primeiro** - A variação dos valores de contribuição por faixa etária observará o disposto na Resolução Normativa/ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003 ou outro normativo que venha a substituí-la.

**Parágrafo Segundo** - Em caso de impossibilidade administrativa, o pagamento da contribuição de que trata o *caput* desta cláusula, poderá ser feito mediante débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, observadas as definições do plano de custeio estabelecidas pelo Conselho Deliberativo da **FUNDAÇÃO**.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

**Parágrafo Terceiro** - O valor da contribuição de que trata o *caput* desta cláusula poderá ser atualizado anualmente, sempre que a reavaliação atuarial recomendar, garantindo-se que a atualização não ocorrerá em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

**Parágrafo Quarto** - O valor da contribuição de que trata o *caput* desta Cláusula será atualizado quando ocorrer mudança de faixa etária e/ou faixa de remuneração.

**Parágrafo Quinto** - A variação da contribuição individual, em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PARTICIPAÇÃO PELO USO DOS SERVIÇOS

Os Titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive, no caso dos últimos, por seus respectivos dependentes e agregados, na forma estabelecida no Parágrafo Quinto da Cláusula Sétima, que serão cobrados pela **FUNDAÇÃO** mediante consignação em folha de pagamento, débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou outro meio hábil ou idôneo de cobrança.

**Parágrafo Primeiro** - A participação no custo dos serviços de que trata o Parágrafo Quinto da Cláusula Sétima, será efetivada de forma parcelada, em valores mensais não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração, provento ou pensão.

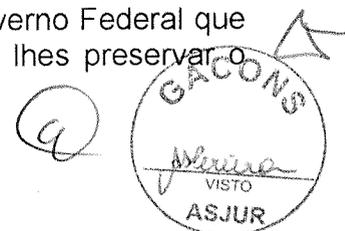
**Parágrafo Segundo** – Havendo a perda de vínculo funcional ou empregatício do Titular com a **PR** e caso sejam verificados valores correspondentes à participação nas despesas, o montante devido deverá ser quitado pelo Titular, caso contrário será incorporado ao saldo patrimonial contábil da **PR**, estando esse isento da responsabilidade de pagamento da participação no custo dos serviços, estipulados nesta Cláusula.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REPASSE DE RECURSOS

A contribuição da **PR** deverá ser repassada à **FUNDAÇÃO** até o **5º (quinto)** dia útil subsequente à competência a que se refere, acrescida das importâncias previstas nas Cláusulas Décima e Décima Primeira, quando consignadas em folha de pagamento, mediante demonstrativo sintético, pela **FUNDAÇÃO**, dos beneficiários inscritos no plano de assistência à saúde suplementar do servidor.

**Parágrafo Primeiro** - Os recursos mencionados no *caput* desta Cláusula serão creditados pela **PR**, em favor da **FUNDAÇÃO**, na conta corrente por ela indicada.

**Parágrafo Segundo** - As importâncias referidas nesta Cláusula terão seus valores corrigidos pelo INPC *pro rata die* ou outro índice oficial do Governo Federal que venha a substituí-lo, quando não creditadas na data pactuada, para lhes preservar o valor real.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

**Parágrafo Terceiro** - As despesas administrativas necessárias para a consecução dos objetivos propostos no presente Convênio de Adesão correrão por conta do Fundo de Administração da **FUNDAÇÃO**, composto por até 15% (quinze por cento) das receitas de contribuição mensal previstas neste Instrumento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO**

O valor a ser despendido pela **PR** correrá à conta de recursos específicos aprovados pela Lei nº 12.595, de 19/01/2012, Lei Orçamentária Anual de 2012, que aprovou para a Funcional – 04.301.2101.2004.0001 – Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, empregados e seus Dependentes – Nacional, Fonte 100, o valor estimado mensal de **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, correspondendo ao valor anual de **R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais)**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A **FUNDAÇÃO** apresentará a **PR**, anualmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os Titulares e seus dependentes do Plano de Saúde.

**Parágrafo Único** – A Prestação de Contas final deverá ser apresentada a **PR**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do término deste Convênio.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SOLIDARIEDADE**

As patrocinadoras, na forma do Estatuto da **FUNDAÇÃO**, se responsabilizam solidariamente com as obrigações dos Planos de Saúde, garantindo-se o registro contábil individual por cada órgão conveniado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS CARÊNCIAS**

Os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde **GEAPReferência** cumprirão os seguintes períodos de carência:

- I - Para urgências e emergências: 24 (vinte e quatro) horas.
- II - Para as demais coberturas: 120 (cento e vinte) dias.
- III - Para partos a termo: 300 (trezentos) dias.

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








Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

## CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO

Constituem obrigações da **FUNDAÇÃO**:

I - Viabilizar aos Beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviço, os programas de assistência ambulatorial e hospitalar previstos no plano **GEAPReferência**, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratado.

II - Administrar o comando das inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos Beneficiários.

III - Fornecer o Cartão de Identificação aos Beneficiários do plano **GEAPReferência**.

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

V - Disponibilizar ao Titulares a relação de prestadores de serviço da Unidade da Federação onde residem.

VI - Disponibilizar, trimestralmente, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e data de sua realização.

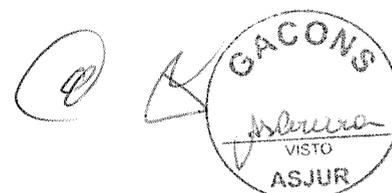
VII - Designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com a **PR**.

**Parágrafo Primeiro** - A **FUNDAÇÃO** 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, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

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

**Parágrafo Terceiro** - Na hipótese de substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **FUNDAÇÃO** durante período de internação de algum beneficiário, 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 **FUNDAÇÃO** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

**Parágrafo Quarto** - Nenhuma responsabilidade caberá à **FUNDAÇÃO** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

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

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

I - A rede de serviços contratadas será divulgada por telefone, através da Central de Atendimento da **FUNDAÇÃO**.

II - Será disponibilizada por meio da Internet no site da **FUNDAÇÃO** a rede de serviços contratada, com atualização periódica, sempre que sofrer alteração.

III - 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 **FUNDAÇÃO** comunicará aos titulares do plano informando da alteração procedida.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA PR**

Constituem obrigações da **PR**:

I - Repassar para a **FUNDAÇÃO** os valores de contribuição e participação previstos nas Cláusulas Nona, Décima e Décima Primeira, conforme o caso.

II - Indicar um servidor da **PR** para ser o responsável pela gestão deste Convênio junto à Direção Executiva da GEAP, assim como as Gerências Regionais da **FUNDAÇÃO**.

III - Encaminhar às Gerências Regionais da **FUNDAÇÃO**, os formulários de inscrição de novos beneficiários (Titulares e Dependentes) com as informações necessárias para o seu cadastramento e recebimento dos Cartões de Identificação de Beneficiários.

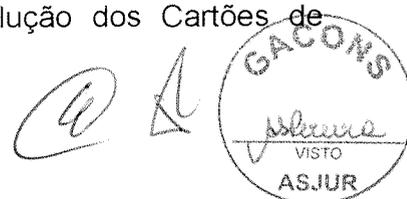
IV - Obter autorização expressa dos Titulares para consignar em folha de pagamento ou débito em conta corrente os valores decorrentes das contribuições e participações.

V - Informar aos servidores da **PR** o procedimento para inscrição nos planos administrados pela **FUNDAÇÃO**.

VI - Informar à **FUNDAÇÃO** a exoneração do titular na data da ocorrência, excluindo-os da cobertura financeira da **PR** por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao Plano de Saúde.

VII - Recolher e devolver à **FUNDAÇÃO** os Cartões de Identificação dos membros conveniados excluídos.

VIII - Comunicar à **FUNDAÇÃO** eventuais recusas de devolução dos Cartões de Identificação dos membros Beneficiários.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

IX - Encaminhar à Diretoria Executiva da **FUNDAÇÃO**, mensalmente, meio que permita identificar os Titulares inscritos, bem como possibilitar o comando dos descontos de contribuição e/ou participação nas despesas, quando estas operações forem realizadas pela **FUNDAÇÃO**.

X – Fornecer, mensalmente, à **FUNDAÇÃO**, no período de 20 a 30 de cada mês, lista nominal de todos os Titulares excluídos da cobertura financeira da **PR** por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao plano de saúde, devidamente acompanhada da comprovação de que o Titular foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

**Parágrafo Primeiro** - A inscrição dos beneficiários na forma do inciso III desta Cláusula se dará por meio de opção formal em instrumento a ser firmado com o Titular, denominado "Termo de Adesão ao Plano", onde o mesmo adere às regras, cláusulas e definições constantes deste Convênio e do Regulamento do Plano.

**Parágrafo Segundo** - A inscrição ao plano somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada nas Gerências Regionais da **FUNDAÇÃO**, o formulário de que trata o inciso III desta Cláusula, exceto no caso de migração de beneficiário para outro plano que ocorrerá no 1º dia do mês subsequente à informação da **PR** à **FUNDAÇÃO**.

**Parágrafo Terceiro** - Para fins do inciso VI e X desta Cláusula, a exclusão dos beneficiários ocorrerá no 1º dia do mês subsequente à informação da **PR** à **FUNDAÇÃO**.

**Parágrafo Quarto** - Na hipótese da ocorrência do inciso VI desta Cláusula, a **PR** deverá manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de beneficiários do Plano.

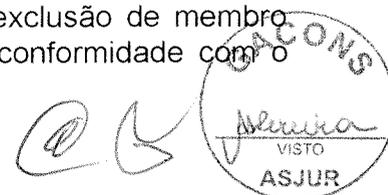
**Parágrafo Quinto** - A **PR** deverá informar na lista de que trata o inciso VI desta Cláusula, o motivo da perda do vínculo funcional ou empregatício e se o Titular optou pela sua manutenção e dos seus dependentes na forma prevista no Parágrafo Primeiro da Cláusula Vigésima Segunda deste Convênio ou se recusou a manter essa condição.

**Parágrafo Sexto** – A **PR** participará da administração da **FUNDAÇÃO** na forma definida em seu Estatuto.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA INSCRIÇÃO, DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO**

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

**Parágrafo Primeiro** - A comunicação de inscrição ou de exclusão de membro Beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

estabelecido na Cláusula Décima Sexta, sendo a data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, se houver.

**Parágrafo Segundo** - As exclusões dos planos de assistência à saúde de que trata o presente Convênio ocorrerão nas seguintes situações:

I - Por vontade expressa do titular.

II - Suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente.

III - Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego.

IV - Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

V - Licença sem remuneração.

VI - Decisão administrativa ou judicial.

VII - Fraude.

VIII - Inadimplência de contribuição ou participação, por período superior a 60 (sessenta) dias.

IX - Outras situações previstas em Lei e no regulamento do plano.

**Parágrafo Terceiro** - A inscrição, o cancelamento ou o reingresso de beneficiários no Plano obedecerão ao disposto abaixo:

I - A **PR** deverá observar, no ato de inscrição dos Titulares, se sua margem consignável comporta o desconto das contribuições para a **FUNDAÇÃO**.

II - O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos Titulares, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação.

III - Ocorrendo o cancelamento de inscrição do Titular, todos os seus dependentes e Agregados terão sua inscrição cancelada.

IV - Aos Titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados, demitidos ou licenciados aplicar-se-á o disposto no inciso II deste Parágrafo, no tocante à quitação de eventuais débitos.

V - A **PR** não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da **FUNDAÇÃO**, nem por eventuais débitos ocorridos após a comunicação, pela **PR**, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do Titular e seus Dependentes.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

VI - O reingresso de beneficiários nos planos obedecerá aos procedimentos e exigências documentais descritos nos Regulamentos dos Planos da **FUNDAÇÃO**.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício dos Titulares com a **PR**, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção dos beneficiários no Plano, desde que se responsabilizem, além do pagamento de sua contribuição, pelo pagamento da contribuição da **PR** prevista na Cláusula Nona deste Convênio, observando-se:

I - O período de manutenção a que se refere esta cláusula será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo extensivo, a todo o grupo familiar inscrito quando do cancelamento do Titular no plano por rescisão de contrato de trabalho ou término do vínculo funcional, não sendo permitidas novas inscrições de Dependentes ou Agregados.

II - Em caso de morte do Titular, o direito de permanência é assegurado aos Dependentes e Agregados cobertos pelo plano, nos termos do disposto do inciso I desta Cláusula.

**Parágrafo Primeiro** – A opção pela manutenção da condição de beneficiário, nas condições de que gozava na vigência do contrato de trabalho, deverá se dar no prazo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação inequívoca da **PR** ao Titular, a qual deverá ocorrer no ato da rescisão do contrato de trabalho.

**Parágrafo Segundo** – No caso de licença sem remuneração ou afastamento legal, o titular poderá optar por permanecer no plano, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o Parágrafo Primeiro desta Cláusula.

**Parágrafo Terceiro** – A exclusão do Titular em decorrência da perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício somente será aceita pela **FUNDAÇÃO** mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado pela **PR** da opção de manutenção da condição de beneficiário, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS n.º 279/2011.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA POSSIBILIDADE DE INGRESSO DOS BENEFICIÁRIOS EM PLANO DIFERENCIADO

O servidor ativo vinculados a **PR** poderão optar pelos planos GEAPessencial, GEAPClássico e GEAPSaúde II oferecidos pela **FUNDAÇÃO**, sendo-lhe garantida a contrapartida patronal na forma estabelecida na Cláusula Décima deste Convênio.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

**Parágrafo Primeiro** – A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio dos planos de que tratam o caput desta cláusula, para si e seus dependentes corresponderá aos valores aprovados pelo Conselho Deliberativo, conforme tabela constante no anexo do Regulamento, observada a legislação que rege a matéria, o Regulamento do Plano, bem como as disposições estatutárias da **FUNDAÇÃO** e o disposto na Cláusula Nona.

**Parágrafo Segundo** – Nos casos de migrações entre os planos, por iniciativa do Titular ou por migração total da carteira, o titular deverá arcar com o custo do novo produto, não configurando reajuste de contribuição de que trata a Cláusula Nona.

**Parágrafo Terceiro** - As condições de cobertura assistencial, requisitos de elegibilidade, segmentação, acomodação, carência e demais garantias dos produtos de que tratam o caput desta cláusula são aquelas previstas nos regulamentos dos planos, que são parte integrante do presente convênio.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DA VIGÊNCIA**

O presente Convênio terá duração de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, nos termos do inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/93, mediante a celebração do competente Termo Aditivo, até um total de 60 (sessenta) meses.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA RESCISÃO**

O presente CONVÊNIO DE ADESÃO poderá ser rescindido nas seguintes hipóteses:

I – Imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação formal e por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o disposto no Parágrafo Segundo da Cláusula Décima Oitava.

II – Por violação das cláusulas pactuadas neste CONVÊNIO DE ADESÃO, além do Estatuto Social e Regulamento dos Planos de Assistência a Saúde oferecidos por esta Fundação.

III – Por constatação de falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado.

IV – Por atraso, pelo período de 60 (sessenta) dias, do repasse ou o inadimplemento dos valores per capita devidos pela **PR**, conforme as obrigações estabelecidas nas Cláusulas Oitava, Nona e Décima.

V – Por superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexequível.





Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Secretaria de Administração

**Parágrafo Primeiro** – No período de 60 (sessenta) dias após a denúncia do presente CONVÊNIO, será mantida a prestação dos serviços aos beneficiários vinculados a PR.

**Parágrafo Segundo** – A PR deverá continuar creditando à FUNDAÇÃO os valores previstos nas Cláusula Oitava, Nona e Décima Primeira, pelo período de 60 (sessenta) dias após a denúncia do convênio.

**Parágrafo Terceiro** – A rescisão do CONVÊNIO DE ADESÃO implica na exclusão dos beneficiários vinculados a PR.

**Parágrafo Quarto** – A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

O presente CONVÊNIO será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União nos termos do Parágrafo único do art. 61, da Lei nº 8.666/93, correndo as despesas a expensas da PR.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - DO FORO

O Foro do presente CONVÊNIO é o da Justiça Federal, Seção Judiciária de Brasília/DF, para dirimir quaisquer litígios oriundos do presente instrumento, 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, na presença das testemunhas assinadas, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Brasília, 17 de outubro de 2012.

  
**WÁLTENO MÁRQUES DA SILVA**  
Diretor de Recursos Logísticos, Interino  
Presidência da República

  
**PAULO EDUARDO DE PAIVA GOMES DA SILVA**  
Diretor Executivo  
GEAP – Fundação de Seguridade Social

