



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Palácio do Planalto - Anexo II - Ala: A - Sala: 205, - Bairro ZONA CÍVICO ADMINISTRATIVA, Brasília/DF, CEP 70150-900
Telefone: 3411-2618 e Fax: @fax_unidade@ - <https://www.gov.br/planalto/pt-br>

CONVÊNIO Nº 1/2021

Processo nº 00230.000584/2020-61

0.1.



Documento assinado eletronicamente por **PEDRO CLOVIS SANTARO ARAKE, Usuário Externo**, em 26/01/2021, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Eler Gouvea, Diretor(a) substituto(a)**, em 26/01/2021, às 19:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida informando o código verificador **2352308** e o código CRC **96F4A851** no site:

https://sei-pr.presidencia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

CONVÊNIO DE PATROCÍNIO COLETIVO EMPRESARIAL Nº 01/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, NA CONDIÇÃO DE PATROCINADOR CONVENIADO E A FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ.

A **UNIÃO**, por intermédio da Presidência da República, inscrita no CNPJ sob o nº 00.394.411/0001-09, neste ato representada pela Diretora de Recursos Logísticos substituta da Secretaria Especial de Administração, Senhora **AMANDA ELER GOUVEA**, brasileira, residente e domiciliada nesta cidade, portadora da Carteira de identidade nº 14962618 - PCMG/MG, e do CPF nº 016.631.116-26, de acordo com a competência prevista na Portaria nº 64, de 06/08/2020, publicada no Diário Oficial da União em 10/08/2020, doravante denominado **PATROCINADOR** e 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 número 34.692-6, classificada na modalidade autogestão sem mantenedor, multipatrocinada, inscrita no CNPJ sob o número

00.628.107/0001–89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício ASSEFAZ, Brasília – DF, CEP Nº 70.304-908, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por seu Presidente, senhor **PEDRO CLÓVIS SANTARO ARAKE**, portador da cédula de identidade RG nº 384118–SSP/SP e do CPF nº 121.313.341–68, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, 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, de 2006, à Resolução Normativa/ANS/Nº 148, de 2007, à Resolução Normativa/ANS/Nº 195, de 2009, e suas alterações, e à Portaria Normativa Nº 1, de 9 março de 2017, bem como ao Estatuto e Regulamentos da **ASSEFAZ**, na forma das cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Convênio de Adesão de Patrocínio tem por objeto proporcionar aos servidores do **PATROCINADOR**, ativos ou inativos, e seus respectivos dependentes e agregados do grupo familiar definidos, bem como aos pensionistas, a possibilidade de ingresso nos Planos de Saúde da **ASSEFAZ** denominados: ASSEFAZ RUBI APARTAMENTO EMPRESARIAL (registrado na ANS sob o número 466490126), ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL (registrado na ANS sob o número 466498121), ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL (registrado na ANS sob o número 466489122), ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO EMPRESARIAL (registrado na ANS sob o número 466500127) e o PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL (registrado na ANS sob o número 479966186), com adesão espontânea e opcional.

Parágrafo primeiro – Os Planos de Assistência à Saúde a serem ofertados no presente convênio serão todos na modalidade coletiva empresarial, definida pela Resolução Normativa Nº 195 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de 14 de julho de 2009, e suas posteriores alterações deverão seguir todas as disposições da Lei Nº 9.656/98, e suas alterações posteriores, não podendo haver oferta de planos em desconformidade com o referido diploma legal. Os planos ofertados deverão estar registrados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com área de abrangência geográfica nacional, respeitando os limites da Resolução Normativa Nº 259 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de 17 de junho de 2011, e rol taxativamente previsto na resolução normativa vigente da Agência Nacional de Saude Suplementar – ANS, que atualiza rol de procedimento e eventos em saúde.

Parágrafo segundo – O **PATROCINADOR** e a **ASSEFAZ** implementarão as ações de assistência à saúde, que compreendem toda atuação necessária à prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observado o disposto no Art. 35-F da Lei Nº 9656/98.

Parágrafo terceiro – Poderão ser ofertados novos planos de saúde ou serviços pela **ASSEFAZ**, além dos inicialmente disponibilizados no presente Convênio, bem como poderão ser realizadas outras eventuais alterações, mediante a assinatura de **Termo Aditivo** com essa finalidade, desde que em conformidade com a legislação vigente e com as normas da Agência Nacional de saúde Suplementar - ANS.

Parágrafo quarto – Os beneficiários inscritos nos planos ofertados pela **ASSEFAZ** poderão optar por mudar para outros oferecidos pela **ASSEFAZ**, devendo observar as seguintes condições:

- I. respeito ao regulamento do novo plano escolhido;
- II. para os beneficiários já inclusos em outras modalidades de planos da **ASSEFAZ**, caso tenham interesse na transferência para o PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, e vice-versa, será necessária a transferência de todo o grupo familiar.

Parágrafo quinto – Os servidores ativos ou inativos e seus respectivos dependentes, bem como os pensionistas vinculados ao **PATROCINADOR**, contratantes de Planos de Saúde da **ASSEFAZ**, em conformidade com a legislação vigente serão cobertos pelo regulamento dos planos correspondentes ofertados no presente Convênio.

Parágrafo sexto – O **PATROCINADOR** e a **ASSEFAZ** poderão firmar Termos de Cooperação Técnica, com o objetivo de implementar programas e parcerias que visem a realização de ações e pesquisas relacionadas à prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação, desde que observadas a viabilidade financeira dos projetos a serem implementados, devidamente registrada nos termos a serem firmados, conforme dispõe o artigo 35-F, da Lei nº 9656, de 1998.

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO

A inscrição dos beneficiários é voluntária e facultativa e será efetivada por meio de opção formal, firmada por meio de instrumento específico entre a **ASSEFAZ** e o beneficiário titular, denominado Proposta de Adesão ao Convênio, onde ele, seus dependentes e grupo familiar aderem às regras, cláusulas e definições constantes neste instrumento e no regulamento do plano escolhido.

Parágrafo primeiro - A Proposta de Adesão ao Convênio, citada no caput, bem como suas alterações, deverão ser firmados diretamente entre a **ASSEFAZ** e o beneficiário titular.

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

- I - servidores públicos ativos e inativos do **PATROCINADOR**;
- II - servidores públicos aposentados do **PATROCINADOR**;
- III - ocupante de cargo em comissão, com ou sem vínculo efetivo com o **PATROCINADOR**, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo;
- IV – o pensionista dos servidores descritos nos incisos I e II deste artigo;

Parágrafo terceiro- Os pensionistas poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde da **ASSEFAZ**, observando-se que não será exigida carência, se a inscrição for efetivada no prazo de 30 (trinta) dias após o óbito do titular, sendo vedado ainda, ao pensionista inscrever os dependentes relacionados no parágrafo a seguir.

Parágrafo quarto - Poderão ser inscritos como beneficiário dependente do titular, nos planos de saúde **ASSEFAZ**:

- I- o cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
- II- companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

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

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

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

VI- criança ou adolescente sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos “IV” e “V” e/ou enquanto permanecer nessa condição.

Parágrafo quinto - A existência de dependente constante nos incisos I e II do parágrafo quarto exclui a possibilidade de inscrição do dependente prevista no inciso III do mesmo parágrafo, salvo por decisão judicial.

Parágrafo sexto - Poderão ser inscritos como agregados do beneficiário titular nos Planos de Saúde **ASSEFAZ**, a qualquer tempo, o grupo familiar até o **QUARTO GRAU DE PARENTESCO CONSANGUÍNEO** e até o **SEGUNDO GRAU DE PARENTESCO POR AFINIDADE**, desde que não detenha a condição de elegibilidade de dependente do titular, prevista no artigo anterior, nos termos da Resolução Normativa Nº 137/2006 - ANS.

Parágrafo sétimo – O ingresso dos dependentes e agregados definidos nos parágrafos quarto e sexto, dependerá da participação do beneficiário titular.

Parágrafo oitavo - Os beneficiários titulares poderão incluir seus dependentes e agregados em planos diferentes do seu, exceto para aqueles que estão inscritos no PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, devendo ser observado as condições constantes no regulamento vigente do plano.

Parágrafo nono - A permanência especial no plano de exonerados e demitidos sem justa causa, bem como de aposentados que perderem o vínculo com o **PATROCINADOR** obedecerá aos ditames da Lei Nº 9.656/98 e às Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes.

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

- I) assuma o pagamento integral do plano;
- II) não tenha requerido exoneração;
- III) não tenha sido demitido do órgão; e
- IV) não tenha rompido seu vínculo por motivo semelhante a punição.

V) não tenha ingressado em Programa de Desligamento Voluntário – PDV, instituído pela Lei nº 9.468, de 10 de julho de 1997 e suas posteriores alterações.

Parágrafo décimo primeiro - Ao servidor aposentado que contribuiu para os planos da **ASSEFAZ**, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de manter sua qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo décimo segundo - Nos casos em que o servidor aposentado contribuir pelo período inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

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

Parágrafo décimo quarto - Os dependentes legais, para efeito dos planos da **ASSEFAZ**, serão submetidos a avaliações quando o **PATROCINADOR** ou a **ASSEFAZ** julgarem-nas necessárias e, se não preencherem os requisitos básicos, não serão considerados dependentes, impossibilitando sua admissão ou manutenção no plano.

Parágrafo décimo quinto – Nos casos dos dependentes e dos agregados inscritos pelo beneficiário titular que não façam jus ao subsídio ou contrapartida de custeio por parte do **PATROCINADOR**, incumbirá ao servidor titular contratante o ônus integral do custeio das respectivas mensalidades.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO

O cancelamento de qualquer beneficiário conveniado no plano de assistência à saúde de que trata o presente Convênio é voluntário, e deverão ser respeitadas por todas as partes, as disposições da Resolução Normativa Nº 412 da Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS, de 10 de novembro de 2016.

Parágrafo primeiro - O beneficiário titular poderá solicitar ao **PATROCINADOR**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seus dependentes do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, conforme legislação vigente, devendo observar os seguintes procedimentos:

I – O **PATROCINADOR** notificará a **ASSEFAZ** em até 30 (trinta) dias. A partir de então, a **ASSEFAZ** será responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

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

III – A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela **ASSEFAZ**.

Parágrafo segundo – A **ASSEFAZ** poderá aceitar os pedidos de exclusão de beneficiários de planos empresariais, mesmo que não seja apresentado o comprovante de solicitação ao **PATROCINADOR** em prazo superior a 30 (trinta) dias, sendo de responsabilidade do **PATROCINADOR** a comunicação à **ASSEFAZ**, sob pena de não exclusão/cancelamento.

Parágrafo terceiro – As solicitações de cancelamento ou de exclusão, recebidas pela **ASSEFAZ**, independente do meio utilizado, conforme previsto no Artigo 4º da RN Nº 412/2016, terão efeito imediato. O cancelamento dos planos de assistência à saúde de que trata o presente Convênio Empresarial ocorrerá 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. decisão administrativa ou judicial;
- VI. fraude;
- VII. inadimplência de participação ou contribuição social, por qualquer período, desde que notificado com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência do cancelamento;
- VIII. por perda dos vínculos do beneficiário titular com o **PATROCINADOR**, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;
- IX. a pedido do **PATROCINADOR** ou outras situações previstas em lei e no regulamento do plano;
- X. por óbito do beneficiário titular, dependente, pensionista ou do agregado, integrante do Grupo Familiar;
- XI. a pedido do beneficiário titular ou do pensionista, a qualquer tempo; e
- XII. por iniciativa da **ASSEFAZ**, devido a não observância ao Estatuto e Regimento da **ASSEFAZ** e desde que comunicado previamente ao **PATROCINADOR** ou beneficiário titular, no prazo de 60 dias.

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

Parágrafo quinto - Ao exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino, respeitando-se os termos da Resolução Normativa Nº 438 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de 03 de dezembro de 2018.

Parágrafo sexto - No caso de reingresso de beneficiário, será exigido novo período de carência a contar da data de assinatura da nova Proposta de Adesão ao Convênio.

Parágrafo sétimo - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de inteira responsabilidade do beneficiário titular.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CARÊNCIAS

Não haverá prazo de carência caso o número de participantes do presente convênio seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários conveniados, desde que as adesões ocorram em até 30 (trinta) dias da data da vigência do presente instrumento jurídico.

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

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

Parágrafo terceiro – Os beneficiários conveniados que se inscreverem nos planos de saúde da **ASSEFAZ** e não se adequarem às condições anteriormente especificadas de isenção, cumprirão os seguintes períodos de carência, conforme legislação em vigor:

- I – para urgências e emergências: 24 horas;
- II – consultas médicas e exames complementares básicos: 30 dias;
- III – para as demais coberturas: 180 (cento e oitenta) dias;
- IV – para partos a termo: 300 (trezentos) dias;

Parágrafo quarto – Havendo prazo de carência, os beneficiários conveniados que se inscreverem no plano de saúde **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL**, também cumprirão os seguintes períodos de carência para odontologia:

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

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

Parágrafo sexto – É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes, e agregados, se a adesão ao plano ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

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

Parágrafo oitavo — O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, terá aproveitado os períodos de carência já cumpridos pelo titular adotante, ativo ou inativo desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias da adoção.

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

Parágrafo décimo – Os períodos de carência serão observados também na hipótese de reingresso dos beneficiários aos respectivos planos de assistência à saúde da **ASSEFAZ**, a contar da data de assinatura da nova Proposta de Adesão ao Convênio.

CLÁUSULA QUINTA - DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

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

Parágrafo primeiro - Os planos de saúde ofertados pela **ASSEFAZ** contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com obstetrícia, realizados exclusivamente em âmbito nacional, com acomodação em apartamento, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID-10 e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor na data do evento.

Parágrafo segundo – A cobertura definida no *caput* observará, **taxativamente**, o constante das normas relativas ao Rol de Procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, podendo, caso seja de interesse da **ASSEFAZ**, estender o referido rol de procedimentos e eventos.

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

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

Parágrafo quinto - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos pela legislação vigente e listados nos normativos da saúde suplementar, observadas o regulamento do plano escolhido.

Parágrafo sexto: Cobertura Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, devendo ser observadas as exigências previstas nos respectivos regulamentos dos planos.

Parágrafo sétimo - O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, como previsto na Resolução vigente;

Parágrafo oitavo - A cobertura odontológica é prevista apenas aos beneficiários que optarem pela adesão do plano ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL, e compreenderá:

- I. consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- II. procedimentos preventivos, de dentista e endodontia;
- III. cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

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

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

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

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

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

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

Parágrafo décimo quinto – Para as garantias e exclusões de coberturas, rede, assistência odontológica (prevista apenas aos beneficiários inscritos no plano ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL), assistência farmacológica (prevista apenas aos beneficiários inscritos nos planos ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL e ASSEFAZ RUBI APARTAMENTO EMPRESARIAL) e atendimentos de urgência e emergência, deverão ser estritamente observadas as regras previstas nos respectivos regulamentos dos planos, parte integrante deste instrumento.

CLÁUSULA SEXTA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

Parágrafo segundo - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência da assinatura da Proposta de Adesão ao Convênio do beneficiário conveniado aos Planos de Saúde da ofertados pela **ASSEFAZ**, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, 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 morte 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 morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

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

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

Parágrafo quinto- Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude de estar cumprindo carência de 24 (vinte e quatro) 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.

Parágrafo sexto - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

Parágrafo sétimo - Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões pré-existentes.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REEMBOLSO

Nos atendimentos de emergência ou urgência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela **ASSEFAZ**, será garantido ao beneficiário o reembolso integral das despesas decorrentes do atendimento, incluindo as despesas decorrentes do transporte.

Parágrafo primeiro - O reembolso das despesas realizadas de atendimentos eletivos, quando não optado pela Rede Credenciada disponibilizada pela **ASSEFAZ**, se dará nos moldes e limites apresentados nos respectivos regulamentos dos planos.

CLÁUSULA OITAVA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei Nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura dos planos da **ASSEFAZ** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento, no regulamento do plano escolhido e os provenientes de:

- I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
 - a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*).
- II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- III. inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- IV. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- V. transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento;
- VI. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, importados, não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- VII. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado os, disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; da lei 9656/98, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos vigente;
- VIII. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

- IX. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XI. aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XII. serviços de enfermagem contratados em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XIII. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção do constante no inciso X do art. 21 da Resolução Normativa 338/2013 e, ressalvado o disposto no art. 13;
- XIV. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- XV. estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- XVI. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou durante o cumprimento das carências;
- XVII. procedimentos fora do Rol de Procedimentos e Eventos em saúde constantes na legislação vigente;
- XVIII. procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do Brasil.
- XIX. medicamento de manutenção para os transplantes;
- XX. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais;
- XXI. despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;
- XXII. despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXIII. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXIV. cirurgia para mudança de sexo;
- XXV. avaliação pedagógica
- XXVI. orientações vocacionais;
- XXVII. especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina
- XXVIII. qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXIX. remoção domiciliar, exceto os serviços disponibilizados à critério da operadora;
- XXX. exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXI. procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- XXXII. fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXIII. tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

- XXIV. todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXV. próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;
- XXVI. transplantes ósseos;
- XXVII. enxertos ósseos, biomateriais;
- XXVIII. implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XXIX. quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
 - XL. serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
 - XLI. restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
 - XLII. radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
 - XLIII. cirurgias Odontológicas a laser;
 - XLIV. clareamento dentário;
 - XLV. exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função, demissionais ou para concursos públicos.

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

- I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- III - embolizações.

Parágrafo segundo – Ficam excluídas da cobertura garantida dos planos de assistência à saúde ofertados pela **ASSEFAZ** a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA NONA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

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

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

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

Parágrafo quinto - Quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínuos ou não, nos 12 meses de vigência do Termo de Adesão ao Convênio, será cobrada, independentemente se utilizado pelo beneficiários TITULAR, por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano, coparticipação crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 10% no primeiro mês, 20% no segundo mês, 30% no terceiro mês, 40% no quarto mês e 50% a partir do quinto mês, tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico efetivamente pago.

Parágrafo sexto - Quando as internações ocorrerem em modalidade de hospital-dia (day clinic), até 12 horas, será cobrada a coparticipação na proporção de 50% (cinquenta por cento) do valor estipulado como coparticipação para o beneficiário e/ou seus dependentes, nas modalidades de plano com esta previsão.

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

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

Parágrafo nono - A liberação de procedimentos básicos será concedida pela **ASSEFAZ**, por meio da apresentação do cartão de identificação do plano, seguida de documento de identificação oficial, original, com foto, do beneficiário ao prestador de serviços.

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

I - As guias devem ser devidamente preenchidas com os campos preestabelecidos pela TISS/ANS como campos obrigatórios.

II - A autorização para as internações hospitalares, cirurgias ambulatoriais, diálise de qualquer natureza, quimioterapia e radioterapia, sessões de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional, deverão ser solicitadas diretamente, pelo prestador à **ASSEFAZ**.

III - A garantia do atendimento ao beneficiário pelo profissional avaliador médico será efetuada nos prazos previstos na Resolução vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

Parágrafo décimo segundo - Eventuais alterações da rede hospitalar serão comunicadas ao beneficiário titular do plano e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e será constituído processo específico em conformidade ao artigo 17 da Lei 9.656/98.

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

Parágrafo Décimo quarto - Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da **ASSEFAZ**, conforme estabelece o artigo 12, I, “b”, da Lei nº 9.656/98, com o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU Nº 08/98, observada a cobertura contratada.

Parágrafo Décimo quinto- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o Art. 17 da Lei 9656/98 ocorrer por decisão da **ASSEFAZ**, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento está obrigado a manter a internação e a **ASSEFAZ**, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma da legislação vigente.

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

CLÁUSULA DÉCIMA – DA COPARTICIPAÇÃO (PREVISTA NO PLANO ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL)

Será cobrada coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares do beneficiário TITULAR, seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, observando-se as regras previstas no regulamento do plano.

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

Parágrafo segundo - O beneficiário 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 o beneficiário TITULAR ou seus DEPENDENTES e AGREGADOS utilizarem a assistência médica ambulatorial e hospitalar estabelecida no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**.

Parágrafo terceiro - O valor a ser cobrado do beneficiário TITULAR e seus DEPENDENTES E AGREGADOS, a título de coparticipação, estará limitado aos valores previstos na tabela vigente, e será cobrado **POR EVENTO**, independentemente se utilizado pelo beneficiário TITULAR ou por seus DEPENDENTES E AGREGADOS inscritos no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, compreendidos todos os recursos necessários para sua realização.

Parágrafo quarto - O pagamento **MENSAL** a ser suportado pelo beneficiário TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado aos valores previstos na tabela vigente e será cobrado individualmente por beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**.

Parágrafo quinto - Será cobrada **COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR** conforme valores previstos na tabela vigente, por utilização de cada internação clínica e cirúrgica por período ininterrupto de internação independentemente se utilizado pelo beneficiário TITULAR por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**.

Parágrafo sexto - Será cobrada **COPARTICIPAÇÃO DAY CLINIC** quando as internações ocorrerem em modalidade de hospital-dia, até 12 horas, conforme valores previstos na tabela vigente, independentemente se utilizado pelo beneficiário TITULAR por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**.

Parágrafo sétimo - Os limites de coparticipação serão aplicados e cobrados individualmente por beneficiário, inscrito no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**.

Parágrafo oitavo - Os valores de coparticipação do plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, previstos na cláusula décima, serão reajustados anualmente com base nos mesmos percentuais de reajuste das mensalidades ou sempre que a avaliação atuarial recomendar.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA COPARTICIPAÇÃO (PREVISTA NO PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL)

Será cobrada coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares pelo beneficiário TITULAR, seus DEPENDENTES E AGREGADOS inscritos no **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**, observando-se as regras previstas no regulamento do plano.

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

Parágrafo segundo - O beneficiário 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 o beneficiário TITULAR ou seus DEPENDENTES e AGREGADOS utilizarem a assistência médica ambulatorial e hospitalar estabelecida no **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**.

Parágrafo terceiro - O valor a ser cobrado do beneficiário TITULAR e seus DEPENDENTES E AGREGADOS, a título de coparticipação, estará limitado aos valores previstos na tabela vigente, e será cobrado **POR EVENTO**, independentemente se utilizado pelo beneficiário TITULAR ou por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**, compreendidos todos os recursos necessários para sua realização.

Parágrafo quarto - O pagamento **MENSAL** a ser suportado pelo beneficiário TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado aos valores previstos na tabela vigente e será cobrado individualmente por beneficiário inscrito no **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**.

Parágrafo quinto - Será cobrada **COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR** conforme valores previstos na tabela vigente, por utilização de cada internação clínica e cirúrgica por período ininterrupto de internação independentemente se utilizado pelo beneficiário TITULAR ou por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**.

Parágrafo sexto - Será cobrada **COPARTICIPAÇÃO DAY CLINIC** quando as internações ocorrerem em modalidade de hospital-dia, até 12 horas, conforme valores previstos na tabela vigente, independentemente se utilizado pelo beneficiário TITULAR por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**.

Parágrafo sétimo - Os limites de coparticipação serão aplicados e cobrados individualmente por beneficiário, inscrito no **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**.

Parágrafo oitavo - Os valores de coparticipação do **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL**, previstos na cláusula décima primeira, serão reajustados anualmente com base nos mesmos percentuais de reajuste das mensalidades ou sempre que a avaliação atuarial recomendar.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO CUSTEIO PELO PATROCINADOR

A participação mensal do **PATROCINADOR** para custeio do Plano de Saúde contratado escolhido pelo servidor titular se dará de acordo com a Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017 do MPOG vigente e suas alterações posteriores, em seu anexo, que estabelecem os valores per capita, por titular e dependente inscrito no âmbito deste Convênio e será creditado na folha de pagamento do mês subsequente à quitação junto a **ASSEFAZ**.

Parágrafo primeiro – A **ASSEFAZ** enviará ao **PATROCINADOR**, mensalmente até o quinto dia útil, arquivo contendo o relatório família composto por todos os titulares, dependentes e agregados, para demonstrar os

servidores e o seu grupo familiar com plano de saúde ativo na operadora.

Parágrafo segundo – A participação per capita de responsabilidade do **PATROCINADOR** será repassada diretamente ao beneficiário titular, com base em listagem encaminhada pela **ASSEFAZ** na data acordada entre as partes.

Parágrafo terceiro – A contribuição mensal do titular do benefício destinado exclusivamente ao custeio da assistência da saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato observando o disposto em cláusula do convênio, do contrato, do regulamento ou do Estatuto da **ASSEFAZ**.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

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

CLÁUSULA DECIMA QUARTA - DA RETIRADA DO PATROCINADOR

A saída do **PATROCINADOR** da cobertura do presente Convênio de Adesão dar-se-á com a denúncia/rescisão:

- I) por requerimento do **PATROCINADOR**;
- II) por extinção do **PATROCINADOR**, inclusive por transformação, fusão ou incorporação a outro órgão, que não figure como **PATROCINADOR** da **ASSEFAZ**;
- III) por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste Convênio e Termos Aditivos dele decorrentes.
- IV) por decisão da **ASSEFAZ**, respeitados os critérios estabelecidos no artigo 17 da RN 195/09 da ANS.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO CUSTEIO PELO BENEFICIÁRIO

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

Parágrafo primeiro – Os beneficiários que estão contemplados pelo Convênio anterior continuarão a pagar os valores da contraprestação pecuniária diretamente à **ASSEFAZ** por meio da modalidade cobrança escolhida no momento da sua inscrição.

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

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

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

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

Parágrafo sexto – O atraso no pagamento da mensalidade por período igual ou superior a 30 (trinta) dias acarretará o cancelamento do contrato, desde que a **ASSEFAZ** notifique tal fato ao BENEFICIÁRIO com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS REAJUSTES

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

assinatura do convênio com o órgão **PATROCINADOR**.

Parágrafo primeiro – Independentemente da data de inclusão dos beneficiários conveniados, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral no mês de julho, entendendo-se esta como data base única.

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

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

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

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

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

Parágrafo sétimo - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, será reavaliado atuarialmente, quando o desequilíbrio ultrapassar o nível de sinistralidade (SE = Sinistralidade Esperada), de **70%** cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de análise de 12 (doze) meses consecutivos anteriores a data de aniversário do Convênio de Patrocínio, **neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: $R = (S / S_m) - 1$ Onde: S - Sinistralidade apurada no período S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato**, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial.

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

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

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

Parágrafo décimo primeiro – Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, baseados em estudo atuarial, que levará em conta, no seu cálculo, a variação do índice IPC Saúde/FIPE, a variação das despesas administrativas e a sinistralidade, sendo apurado no período de análise de 12 meses consecutivos anteriores a julho de cada ano.

Parágrafo décimo segundo - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do convênio não for agregado ao agrupamento que ultrapasse o índice de 70% (SE = Sinistralidade Esperada) do convênio, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, este será reavaliado atuarialmente, anteriores à data-base de aniversário, com base na legislação vigente, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial de cada convênio

Parágrafo décimo terceiro - Ficarão disponíveis, no endereço eletrônico da **ASSEFAZ**, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento dos convênios, as informações dos convênios que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

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

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

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

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

Parágrafo décimo nono – O índice de reajuste anual de cada Plano será submetido pela Presidência da **ASSEFAZ** ao Conselho de Administração da **ASSEFAZ**, conforme rege o Estatuto da **ASSEFAZ**, para aprovação

e após aplicado será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em atenção a legislação vigente.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – FAIXAS ETÁRIAS

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

Parágrafo primeiro - As faixas etárias previstas neste convênio são: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos e de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

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

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

1ª) de 0 a 18 anos;

2ª) ao completar 19 (dezenove) anos, acréscimo de 10%;

3ª) ao completar 24 (vinte e quatro) anos, acréscimo de 10%;

4ª) ao completar 29 (vinte e nove) anos, acréscimo de 15%;

5ª) ao completar 34 (trinta e quatro) anos, acréscimo de 15%;

6ª) ao completar 39 (trinta e nove) anos, acréscimo de 20%;

7ª) ao completar 44 (quarenta e quatro) anos, acréscimo de 28%;

8ª) ao completar 49 (quarenta e nove) anos, acréscimo de 30%;

9ª) ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos, acréscimo de 34%; e

10ª) ao completar 59 (cinquenta e nove) anos, acréscimo de 40%.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

Os Programas Assistenciais da **ASSEFAZ** visam promover suporte à reabilitação, a manutenção da saúde e a qualidade de vida de seus beneficiários, concedendo atendimento multiprofissionais, sendo uma deliberação da **ASSEFAZ**, conforme critérios estabelecidos nesta cláusula e nos normativos referentes aos programas, observando-se as regras previstas nos regulamentos dos planos.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DA ASSEFAZ

Constituem obrigações da **ASSEFAZ**:

- I. viabilizar aos beneficiários conveniados inscritos, as coberturas de assistência ambulatorial e hospitalar previstos no Plano de Saúde escolhido pelo beneficiário, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratados;
- II. administrar o comando das inclusões, exclusões e reinclusões, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários;
- III. fornecer em meio digital, o Cartão de Identificação aos beneficiários conveniados do Plano de Saúde;
- IV. manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- V. disponibilizar ao **PATROCINADOR**, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes no site da **ASSEFAZ**;
- VI. designar setor responsável pelo relacionamento com o **PATROCINADOR**.

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

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

- I- será disponibilizada no endereço eletrônico da **ASSEFAZ**, a rede de serviços garantidos, especificamente para o plano escolhido pelo beneficiário administrado pela **ASSEFAZ**, com atualização periódica;
- II em caso de rescisão de credenciamento com prestador de serviço da rede hospitalar vinculado ao plano, na forma da legislação vigente, após autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a **ASSEFAZ**, comunicará aos beneficiários do plano informando da alteração procedida.
- III- a **ASSEFAZ** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados em rede credenciada diversa da prevista para o plano escolhido pelo beneficiário, salvo os casos descritos em lei ou em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS OBRIGAÇÕES DO PATROCINADOR

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

- I. indicar um servidor/setor do **PATROCINADOR** para ser o responsável pela gestão deste Convênio junto à **ASSEFAZ**;
- II. informar, de maneira clara e precisa aos servidores e pensionista do **PATROCINADOR**, o procedimento para inscrição nos planos administrados pela **ASSEFAZ**;

III. fornecer à **ASSEFAZ** relação de servidores ativos, inativos e pensionistas aptos a inscreverem-se nos Planos de Saúde.

IV. Informar, mensalmente à **ASSEFAZ** os beneficiários titulares que forem excluídos da cobertura patronal;

V. disponibilizar à **ASSEFAZ**, mailing dos servidores de modo a facilitar a divulgação de campanhas e orientações sobre a utilização dos planos;

VI. disponibilizar à **ASSEFAZ**, espaço físico para captação de adesões aos planos de saúde, nos primeiros 30 (trinta) dias iniciados na assinatura deste Convênio, anualmente no aniversário do presente instrumento, ou em períodos acordados entre as partes;

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

VIII. enviar, sob os custos da **ASSEFAZ** e quando necessário, correspondência da **ASSEFAZ** aos beneficiários inscritos no convênio, conforme endereços cadastrados no departamento de recursos humanos do PATROCINADOR, caso o cadastro do beneficiário esteja desatualizado ou haja dificuldade na sua localização por parte da **ASSEFAZ**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO VÍNCULO ASSOCIATIVO / CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA

Para que os beneficiários tenham direito de usufruir dos planos de saúde, em conformidade com o estatuto da **ASSEFAZ**, o beneficiário titular deverá se associar à **ASSEFAZ** mediante o pagamento da Contribuição Mensal, de caráter associativo, previsto no artigo 24, inciso IV do Estatuto e de acordo com a tabela fixada pelo Conselho de Administração da **ASSEFAZ**.

Parágrafo único – O pagamento da contraprestação pecuniária é de responsabilidade do beneficiário titular que se refere ao valor da contribuição mensal no valor de **R\$ 14,33** (quatorze reais e trinta e três centavos), reajustável anualmente, caso sua opção seja somente pelo plano de saúde, a qual será cobrada de cada beneficiário titular na forma do parágrafo primeiro da cláusula décima sexta.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - CONTRIBUIÇÃO SOCIAL

É facultado ao beneficiário titular utilizar os serviços sociais de recreação e lazer da **ASSEFAZ** mediante o pagamento de contribuição mensal/social.

Parágrafo primeiro - Para obtenção do serviço é necessário realizar adesão e efetuar o pagamento de mensalidade conforme tabela própria.

Parágrafo segundo - o reajuste será definido pelo Conselho de Administração da **ASSEFAZ** e poderá ocorrer em data diferente do plano de saúde.

Parágrafo terceiro - os serviços são extensivos aos dependentes do titular descritos nos incisos abaixo:

- I. o cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
- II. companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- III. os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- IV. 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; e
- V. Pai e mãe.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio entrará em vigor na data de sua assinatura, com vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por interesse das partes, por iguais períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA DENÚNCIA/ RESCISÃO

O presente convênio poderá ser rescindido motivadamente a qualquer tempo, desde que haja a prévia notificação por escrito a outra parte, ou em face da superveniência de impedimento que o torne formal ou materialmente inexecutável.

Parágrafo Primeiro – Caso qualquer das partes venha a denunciar o presente convênio, a prestação da assistência à saúde aos beneficiários, somente poderá ser encerrada, após o recebimento de prévia notificação ao beneficiário titular, com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

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

Parágrafo terceiro – Após o prazo estabelecido para a rescisão, não caberá à **ASSEFAZ** qualquer obrigação em relação à prestação de serviços estipulados neste Convênio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA GESTÃO PARTICIPATIVA

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

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

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DA GESTÃO DO CONVÊNIO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

O regulamento de cada plano é parte integrante deste convênio, devendo suas regras serem aplicadas ao presente instrumento jurídico, desde que não sejam incompatíveis.

Parágrafo primeiro – A cobertura garantida dos planos da **ASSEFAZ**, suas definições e exclusões estão taxativamente previstas nos respectivos regulamentos dos planos e nos normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que regulem a matéria.

Parágrafo segundo – O direito de portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, será garantido nos termos da RN nº 438 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais normas da referida agência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - 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, firma-se este instrumento eletronicamente, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

AMANDA ELER GOUVEA
Diretora de Recursos Logísticos, substituta
Presidência da República

PEDRO CLÓVIS SANTARO ARAKE
Presidente da Fundação ASSEFAZ