



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

**CONVÊNIO DE PATROCÍNIO COLETIVO
EMPRESARIAL Nº 04 /2019 QUE
ENTRE SI CELEBRAM O DISTRITO
FEDERAL, POR INTERMÉDIO DA
PROCURADORIA-GERAL DO DISTRITO
FEDERAL, NA CONDIÇÃO DE
PATROCINADOR CONVENIADO E A
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS
SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA
- ASSEFAZ.**

Pelo presente instrumento, o **DISTRITO FEDERAL**, por meio da **PROCURADORIA-GERAL DO DISTRITO FEDERAL – PGDF**, órgão integrante da administração pública direta do Distrito Federal, inscrita no CNPJ nº 00.394.0001-67, com sede no SAM Bloco I, Edifício Sede – Brasília-DF, neste ato representado por sua Procuradora-Geral do Distrito Federal, **LUDIMILA LAVOCAT GALVÃO VIEIRA DE CARVALHO**, portadora do RG nº 047703-6 e do CPF nº 645.582.151-34, domiciliada nesta capital, denominado doravante **PATROCINADOR**, e, do outro lado, a **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, que opera planos privados de assistência à saúde, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 34.692-6, classificada na modalidade Autogestão sem mantenedor, multipatrocinada, inscrita no sob o nº CNPJ Nº 00.628.107/0001-89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício ASSEFAZ, Brasília – DF, CEP nº 70.304-908, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por seu Presidente, o senhor **PEDRO CLÓVIS SANTARO ARAKE**, portador da cédula de identidade nº 384118-SSP/SP e do CPF nº 121.313.341-68, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, com fulcro no art. 271,III, da Lei complementar nº 840/2011, na Portaria nº 336, de 16 de julho de 2019 da Procuradoria-Geral do Distrito Federal, publicada no DODF nº 134, do dia 18/07/2019, página 08, e demais disposições pertinentes, observado o disposto no Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, alterado pelo Decreto nº 5.010, de 09 de março de 2004, ambos do Presidente da República, sujeitando-se especialmente à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, bem como à Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber, à Resolução Normativa/ANS/nº 137 e Resolução Normativa/ANS/nº 148, de 2007, à Resolução Normativa/ANS/nº 195 e suas alterações e à Portaria Normativa nº 1, de 9 março de 2017, bem como ao Estatuto e Regulamentos da **ASSEFAZ**, na forma das cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

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



ANS Nº 34.692-6



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL (registro 47966186), 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 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 Saúde Suplementar – ANS que atualiza rol de procedimento e eventos em saúde.

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



ANS Nº 34.692-6



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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 Fundação e o 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 - Podem aderir aos Planos de Saúde da **Fundação ASSEFAZ** como beneficiários titulares:

- I - empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora do plano Assefaz;
- II - empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora do plano da Assefaz;
- III - ocupante do cargo em comissão, com ou sem vínculo efetivo com a entidade pública patrocinadora da Assefaz, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo;
- IV - o pensionista de servidor descritos nos incisos I e II deste artigo;

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



ANS Nº 34.692-6



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

Parágrafo quinto - 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 137/2016 - ANS.

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

Parágrafo sétimo - 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**.

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

Parágrafo nono – Ao ex-empregado/servidor demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para os planos da Fundação ASSEFAZ é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de manter sua qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho/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 Fundação, 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 órgão 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

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

Parágrafo décimo primeiro - Nos casos em que o ex-empregado/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.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

Parágrafo décimo segundo - 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 terceiro - Os dependentes legais, para efeito dos planos da ASSEFAZ, serão submetidos a avaliações quando a PATROCINADORA 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 quarto - Nos casos dos dependentes e dos agregados inscritos pelo 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 cientificará a Fundação Assefaz em até 30 (trinta) dias. À partir de então, a Fundação 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 Fundação Assefaz, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à Assefaz.

III - As solicitações de cancelamento e/ou exclusões tem efeito imediato a partir da data de ciência pela Fundação Assefaz.

Parágrafo segundo – A Assefaz poderá aceitar os pedidos de exclusão/cancelamento de beneficiários de planos empresariais, mesmo que não seja apresentado o comprovante de solicitação à PATROCINADORA 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 e/ou a exclusão, recebidas pela **ASSEFAZ**, independente do meio utilizado, conforme previsto no Artigo 4º da RN nº





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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
- VI- decisão administrativa ou judicial;
- VII- fraude;
- VIII- inadimplência de participação ou contribuição social, por qualquer período, desde que notificado com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência do cancelamento;
- IX - por perda dos vínculos do beneficiário conveniado titular com o **PATROCINADOR**, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;
- X - a pedido do **PATROCINADOR** ou outras situações previstas em lei e no regulamento do plano;
- XI - por óbito do titular, dependente, pensionista ou do Agregado, integrante do Grupo Familiar;
- XII - a pedido do Titular ou do pensionista, a qualquer tempo; e
- XIII - por iniciativa da **ASSEFAZ**, devido a não observância ao Estatuto e Regimento da Fundação e desde que comunicado previamente ao **PATROCINADOR** ou beneficiário Titular/responsável financeiro, no prazo de 60 dias .

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

Parágrafo quinto - 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 Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS de 03 de dezembro de 2018.

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

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.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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 – consulta médica, exames complementares básicos: 30 dias;
- III – para as demais coberturas: 180 (cento e oitenta) dias;
- IV – para partos a termo: 300 (trezentos) dias;

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

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

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

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

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

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

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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

Parágrafo décimo – Os períodos de carência serão observados também na hipótese de reingresso dos beneficiários conveniados aos respectivos planos de assistência à saúde da ASSEFAZ, a contar da data de assinatura do novo termo de adesão.

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 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 ou sem 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 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 à época, do Ministério da Saúde.

Parágrafo quarto - Os Planos de Saúde ofertados cobrem os custos relativos aos atendimentos médico-hospitalares e odontológico em caráter eletivo e de, urgência e emergência com opção das segmentações ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, conforme definido **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.

ANS Nº 34.692-6





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

Parágrafo sexto: Cobertura Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, 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 odontológico garantirá apenas aos beneficiários que optarem pela adesão do Plano ASSEFAZ DIAMANTE

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

Parágrafo nono - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela ASSEFAZ, na acomodação contratada, 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 conveniados 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 identidade, junto com o Cartão de Identificação do beneficiário conveniado fornecido pela **ASSEFAZ**.

Parágrafo décimo segundo - Na hipótese de o beneficiário conveniado optar por acomodação hospitalar superior ao plano escolhido pelo titular para adesão, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e despesas hospitalares, conforme negociação direta com o médico, 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 conveniados, assim como, atendimento preferencial para as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

crianças até 5 (cinco) anos de idade, observados os prazos legais vigentes definidores da garantia de acesso assistencial.

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

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

Parágrafo décimo sexto – Para as garantias e exclusões de coberturas, rede, assistência odontológica, assistência farmacológica 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 do Termo de Adesão de Convênio do beneficiário conveniado aos Planos de Saúde da Assefaz, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário conveniado, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

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

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

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

Parágrafo quarto – O plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará,





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à **ASSEFAZ**.

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

- I - quando não puder haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **ASSEFAZ** desse ônus;
- II - caberá à **ASSEFAZ** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III - a **ASSEFAZ** deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;
- IV - quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no Inciso II deste parágrafo, a **ASSEFAZ** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

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.

I - 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.

II - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **ASSEFAZ**, desse ônus;
- b) 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;
- c) Na remoção, a **ASSEFAZ** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea 'b', a **ASSEFAZ** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REEMBOLSO

www.assefaz.org.br • assefaz@assefaz.org.br
Telefone: (61) 3218-0100 / 3218-0101 - Fax: (61) 3218-0105
SCS, Quadra 04, Bloco A, Edifício Assefaz, Brasília/DF, CEP: 70304-908

Página 11 de 29



ANS Nº 34.692-6



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- IV. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- V. transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da 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;





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

- 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;
- X. 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, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXI. despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXII. despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

- 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
- 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;
- XXXIV. todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXV. próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XXXVI. transplantes ósseos;
- XXXVII. enxertos ósseos, biomateriais;
- XXXVIII. implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XXXIX. 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 privados de assistência à saúde da ASSEFAZ a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA NONA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo sétimo - Caso o valor mensal a ser suportado pelo beneficiário 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.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

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

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

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

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

Parágrafo Décimo primeiro - Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá 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 titular do plano, ao pensionista e à ANS será constituído processo específico em conformidade ao artigo 17 da Lei 9.656/98.

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

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

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

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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

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

Parágrafo primeiro - Será de responsabilidade do TITULAR o pagamento da coparticipação relativa aos atendimentos realizados em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, juntamente com a mensalidade do plano de saúde, que serão 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 TITULAR assumirá o pagamento da coparticipação na proporção de 30% (trinta por cento) do valor total das despesas correspondentes aos procedimentos realizados, toda vez que ele ou seus DEPENDENTES e AGREGADOS utilizarem a assistência médica ambulatorial estabelecida no **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO**.

Parágrafo terceiro - O valor a ser cobrado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado a R\$ 495,77 (quatrocentos e noventa e cinco reais e setenta e sete centavos), por evento, independentemente se utilizado pelo TITULAR e ou por seus dependentes inscritos no plano, compreendidos todos os recursos necessários para sua realização, conforme tabela em anexo.

Parágrafo quarto - O pagamento mensal a ser suportado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado a R\$724,26 (setecentos e vinte e quatro reais e vinte e seis centavos), conforme tabela em anexo.

Parágrafo quinto - Será cobrada COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR no valor de R\$ 991,58 (novecentos e noventa e um reais e cinquenta e oito centavos) por utilização de cada internação clínica e cirúrgica por período ininterrupto de internação independentemente se utilizado pelo TITULAR por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano, conforme tabela em anexo.

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

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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

Será cobrada coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares pelo titular seus dependentes e agregados inscritos no plano **ASSEFAZ CRISTAL**, observando-se o descrito nos parágrafos seguintes.

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

Parágrafo segundo – O valor a ser cobrado pelo TITULAR e seus dependentes e agregados, a título de coparticipação, estará limitado aos valores previstos na tabela vigente, na assinatura deste convênio e será cobrado por evento, independente se utilizado pelo TITULAR e/ou por seus dependentes e agregados inscritos no plano **ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL APARTAMENTO**, compreendidos todos os recursos necessários sua realização.

Parágrafo terceiro – O pagamento mensal a ser suportado pelo TITULAR, a título de coparticipação, será cobrado individualmente por beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL APARTAMENTO**.

Parágrafo quarto – A coparticipação hospitalar está limitada ao valor de R\$ 575,00 (quinhentos e setenta e cinco reais), por utilização de cada internação clínica e cirúrgica por período ininterrupto, independentemente se utilizado pelo TITULAR, por seus **DEPENDENTES** e **AGREGADOS**, inscritos no plano.

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

CLÁUSULA DÉCIMA 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 o valor percapita de R\$ 1,00 (Um real) por servidor titular inscrito no âmbito deste Convênio, **até o limite global estimado de R\$ 13.200,00 (treze mil e duzentos reais) por ano.**

Parágrafo primeiro – A **ASSEFAZ** enviará ao PATROCINADOR, mensalmente até o quinto dia útil, arquivo contendo o relatório família composto por todos os titulares e dependentes para demonstrar os servidores e o seu grupo familiar com plano de saúde ativo na operadora.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

Parágrafo terceiro- Os recursos mencionados no caput destas cláusulas serão creditados pelo PATROCINADOR, em favor da ASSEFAZ, na conta corrente indicada.

Parágrafo quarto- O não pagamento das contribuições devidas pelo PATROCINADOR por 60 (sessenta) dias, consecutivas ou não, nos últimos doze meses de vigência deste convênio, desde notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência restringirá o atendimento aos beneficiários conveniados do Plano de Saúde, em razão da suspensão ou a rescisão unilateral do Convênio.

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

Parágrafo sexto – A despesa relativa à cota de participação do Patrocinador estará alocada na unidade orçamentária 120101/12101 – Procuradoria Geral do Distrito Federal, Programa de Trabalho: 03.122.6003.8504.9583 – Concessão de Benefícios a Servidores – Procuradoria Geral do Distrito Federal e Natureza da Despesa: 339008 – Outros Benefícios Assistenciais.

CLÁUSULA DECIMA 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 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 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.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

CLÁUSULA DÉCIMA 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** no ato da adesão ao plano.

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 será cobradas preferencialmente mediante débito em conta corrente, sendo admitida por ausência de efetividade da cobrança em débito, a cobrança por Título de Cobrança Bancária – TCB ou outro instrumento de cobrança.

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

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

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

Parágrafo sexto – O atraso no pagamento da mensalidade acarretará o cancelamento do contrato, desde que a **ASSEFAZ** notifique tal fato ao **BENEFICIÁRIO** após o quinquagésimo nono dia de inadimplência e 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.



ANS Nº 34.692-6



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS REAJUSTES

Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, na data base de aniversário, considerada como o mês de assinatura do Convênio com o Órgão.

Parágrafo primeiro – Independentemente da data de inclusão dos beneficiários conveniados, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral após 12 (doze) meses da assinatura do Convênio com o Órgão, entendendo-se esta como data base única do presente convênio.

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, o valor das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/FIPE (R1 = Reajuste por Inflação).

Parágrafo sétimo - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

complementar ao especificado na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

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

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

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

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

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

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

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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – FAIXAS ETÁRIAS

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

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

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

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

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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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 faixas etárias não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas etárias, conforme as determinações da ANS.

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

CLÁUSULA 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 Fundação, conforme critérios estabelecidos nesta cláusula e nos normativos referentes aos programas.

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

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

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

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

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

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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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 conveniados;
- III. fornecer o Cartão de Identificação aos beneficiários conveniados do Plano de Saúde;
- IV. manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- V. disponibilizar ao **PATROCINADOR**, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes no site da **ASSEFAZ**;
- VI. designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o **PATROCINADOR**.

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS OBRIGAÇÕES DO PATROCINADOR

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

- I. indicar um servidor 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 e inativos e pensionistas aptos a inscreverem-se nos Planos de Saúde.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

- IV. repassar para a **ASSEFAZ** os valores de contribuição percapita previstos na cláusula décima quinta;
- V. Informar, mensalmente à ASSEFAZ os titulares que forem excluídos da cobertura patronal;
- VI. disponibilizar à **ASSEFAZ**, mailing dos servidores de modo a facilitar a divulgação de campanhas e orientações sobre a utilização dos planos;

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO VÍNCULO ASSOCIATIVO/CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA

Para que os associados titulares tenham direito de usufruir dos planos de saúde, em conformidade com o estatuto dessa Fundação, o titular deverá se associar a Fundação **ASSEFAZ** mediante o pagamento da Contribuição Mensal, de caráter associativo, previsto no artigo 24, 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\$ 13,93 (treze reais e noventa e três centavos), reajustável anualmente, caso sua opção seja somente pelo plano de saúde, a qual será cobrada de cada beneficiário 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.

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 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;
- v. Pai e mãe.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio entrará em vigor na data de sua assinatura, com vigência de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA DENÚNCIA/RESCISÃO

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

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

Parágrafo segundo – O PATROCINADOR deverá continuar creditando à ASSEFAZ as contribuições previstas na cláusula décima terceira durante o período estipulado no parágrafo primeiro.

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

Parágrafo quarto - O não pagamento das contribuições devidas pelo PATROCINADOR por 60 (sessenta) dias, consecutivas ou não, desde que notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, importará na suspensão ou na rescisão unilateral do Convênio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA GESTÃO PARTICIPATIVA

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

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

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





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DA GESTÃO DO CONVÊNIO

A gestão do presente Convênio será exercida pela **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 – DISPOSIÇÃO 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 428 da ANS e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DO FORO

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

Para validade do pactuado, firmou-se este instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, com um só efeito, na presença das testemunhas assinadas, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.





Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

Havendo irregularidades neste instrumento, entre em contato com a Ouvidoria de Combate à Corrupção, no telefone 0800-6449060. (Decreto nº 34.031/2012, publicado no DODF de 13/12/2012 p 5.)

Brasília, 29 de Julho de 2019.

Ludmila Lavocat Galvão V. Carvalho
LUDMILA LAVOCAT GALVÃO VIEIRA DE CARVALHO
Procuradoria-Geral do Distrito Federal
PATROCINADOR

Pedro Clóvis Santaro Araque
PEDRO CLÓVIS SANTARO ARAKE
Presidente da Fundação ASSEFAZ

TESTEMUNHAS:

Diogo Patóia Nunes
Diretor de Licitações e Gestão de Contratos - PCDF/SEGER/SUAG/DICOM
NOME
CPF 006.929.661-88
RG 2.182.465-SSP/DF

Sarah F. das Uripes Moreira
NOME *Sarah Fernandes das Uripes Moreira*
CPF: 036.340.851-77
RG: 2823366 SSP-DF



ANS Nº 34.692-6