



MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS
Secretaria de Relações de Trabalho
Diretoria de Benefícios, Previdência e Atenção à Saúde
Coordenação-Geral de Benefícios e Vantagens Pecuniárias
Coordenação de Benefícios e Vantagens
Divisão de Adicionais e Saúde Suplementar

CONVÊNIO POR ADESÃO Nº 002/2024 QUE CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS, REPRESENTADO PELO ÓRGÃO CENTRAL DO SISTEMA DE PESSOAL CIVIL DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL (SIPEC), NA CONDIÇÃO PATROCINADOR, E A FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ.

A **UNIÃO**, na condição de **PATROCINADORA**, por intermédio do **MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS**, inscrito no CNPJ sob o nº **00.489.828/0044-95**, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco K, Brasília/DF, doravante denominada **PATROCINADORA**, neste ato representada pelo Secretário de Relações de Trabalho, **JOSÉ LOPEZ FEIJÓO**, portador da Carteira de Identificação nº [REDAZIDO] inscrito no CPF sob o nº [REDAZIDO], no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, e de outro lado, a **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **00.628.107/0001-89**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº **34.692-6**, estabelecida no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício ASSEFAZ, CEP 70.304-908, Brasília, Distrito Federal, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por sua Diretora-Presidente, **GILDENORA BATISTA DANTAS**, portadora da Carteira de Identificação nº [REDAZIDO], inscrita no CPF sob o nº [REDAZIDO] com fulcro no art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e demais disposições pertinentes, resolvem celebrar o **CONVÊNIO POR ADESÃO**, sujeitando-se especialmente à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, à Lei nº 14.133, de 1 de abril de 2021, no que couber, à Resolução Normativa ANS nº 137, de 14 de novembro de 2006, à Resolução Normativa ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, e suas respectivas alterações, e à Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022, bem como no Estatuto, Regimento Interno e Regulamentos da **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ**, na forma das cláusulas seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Convênio por Adesão tem por objeto a prestação de assistência suplementar à saúde aos servidores, empregados ativos, militares da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, ativos ou aposentados, e seus respectivos dependentes e grupos familiares definidos, bem como aos pensionistas, dos órgãos e entidades **PATROCINADORAS**, na forma do regulamento do órgão central do Sipec proporcionando a possibilidade de ingresso nos planos de saúde da **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ**, para a adesão espontânea e opcional, na modalidade Coletivo Empresarial, com as características definidas a seguir:

Número do Registro/Código do Plano	Nome Comercial do Plano	Segmentação Assistencial	Acomodação	Fator Moderador (coparticipação)	Abrangência Geográfica
479966186	Assefaz Cristal	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Apartamento	Sim	Nacional
466498121	Assefaz Diamante	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico	Apartamento	Não	Nacional
466489122	Assefaz Esmeralda	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Apartamento	Sim	Nacional
466490126	Assefaz Rubi	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Apartamento	Não	Nacional
466500127	Assefaz Safira	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Apartamento	Não	Nacional

Parágrafo primeiro. Para efeito do presente Convênio por Adesão, a UNIÃO, por intermédio do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos – MGI, torna-se **PATROCINADORA**, que adere aos Planos de Saúde administrados pela **ASSEFAZ**, nos termos do inciso III do artigo 12 da Resolução Normativa – RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra que vier a substituí-la.

Parágrafo segundo. Este convênio abrange todos os órgãos da administração pública federal direta, podendo haver adesão das autarquias e fundações públicas federais, por meio de Termo de Adesão a ser firmado pelo dirigente máximo da entidade, conforme Anexo I deste Convênio, hipótese em que serão consideradas **PATROCINADORAS**.

Parágrafo terceiro. Os planos ofertados são registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de valores pré-estabelecidos, com área de abrangência Nacional, de segmentação mínima, ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, respeitando as condições estabelecidas na Resolução Normativa nº 566, de 29 de dezembro de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com cobertura mínima prevista nos termos da Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da ANS, que estabelece e atualiza rol de procedimento e eventos em saúde e a cobertura assistencial mínima obrigatória, ou normas supervenientes.

Parágrafo quarto. Poderão ser oferecidos novos planos de saúde aos beneficiários deste Convênio, após anuência do órgão central do Sipe, mediante autorização expressa da Secretaria de Relações de Trabalho, anualmente, na data-base de aniversário, considerado o mês de assinatura deste instrumento.

Parágrafo quinto. Excepcionalmente, a cada seis meses a contar da data de assinatura deste Convênio, poderão ser oferecidos novos planos de saúde aos beneficiários, desde que o reajuste de variação de custo desses produtos obedeça à regra de intervalo não menor do que 12 meses e seja aplicado na data-base deste Convênio, ou seja, 18 meses depois da apresentação dos planos.

Parágrafo sexto. A **PATROCINADORA** e a **ASSEFAZ** poderão firmar parcerias com o objetivo de implementar programas que visem à realização de ações e pesquisas relacionadas à prevenção de doença, promoção da saúde, recuperação e reabilitação, os quais deverão ser objeto de instrumento, plano de trabalho, termo de referência, orçamento e execução específicos.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS

Para efeito deste Convênio são considerados beneficiários os titulares, seus dependentes e pensionistas, além do grupo familiar definido na forma deste Convênio.

Parágrafo primeiro. Podem aderir aos planos oferecidos pela **ASSEFAZ** na condição de titulares:

I - os servidores, ativos ou aposentados, os ocupantes de cargo comissionado ou de natureza especial da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - os militares ativos e inativos da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiro Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima;

III - os empregados ativos da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício com o órgão da patrocinadora; e

IV - os contratados por prazo determinado, nos termos da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, vinculados à Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações.

Parágrafo segundo. Não será devida contribuição da **PATROCINADORA** aos beneficiários de que trata o inciso IV do parágrafo primeiro desta cláusula, ou aos seus dependentes.

Parágrafo terceiro. Poderão ser inscritos como dependentes do titular nos planos oferecidos pela **ASSEFAZ**:

I - o cônjuge ou companheiro na união estável;

II - a pessoa separada, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

III - os filhos e enteados, até a véspera em que completarem 21 (vinte e um) anos ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

IV - os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e a véspera em que completarem 24 (vinte e quatro) anos, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

V - o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

Parágrafo quarto. A existência de dependente constante no inciso I do parágrafo terceiro exclui a possibilidade de inscrição do dependente constante do inciso II do mesmo parágrafo.

Parágrafo quinto. Poderão ser inscritos como grupo familiar do beneficiário titular nos planos de saúde da **ASSEFAZ**, a qualquer tempo, os seguintes familiares:

I - mãe e madrasta;

II - pai e padrasto;

III - avó e avô;

IV - neto e neta;

V - sogro e sogra;

VI - genro e nora

VII - irmão e irmã;

VIII - sobrinho e sobrinha; e

IX - filhos e enteados que não atendem aos critérios do parágrafo terceiro da cláusula segunda.

Parágrafo sexto. Os familiares distintos daqueles constantes no parágrafo quinto desta cláusula, inscritos como grupo familiar até a data anterior à do início da vigência deste Convênio, poderão manter-se nessa condição, vedados novos ingressos ou reingressos.

Parágrafo sétimo. Não será devida contribuição da **PATROCINADORA** aos beneficiários do grupo familiar de que trata o parágrafo quinto desta cláusula.

Parágrafo oitavo. O ingresso dos dependentes e do grupo familiar definidos nos parágrafos terceiro e quinto dependerá da participação do beneficiário titular nos planos oferecidos neste Convênio.

Parágrafo nono. A permanência dos dependentes e dos beneficiários do grupo familiar, nos casos de exclusão ou de morte do titular, se dará nos prazos e condições estabelecidos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e na Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022.

Parágrafo décimo. A permanência no plano de exonerados, demitidos sem justa causa, de empregado aposentado, que perderem o vínculo com a **PATROCINADORA**, seus respectivos dependentes e grupos familiares, obedecerá aos ditames da Lei nº 9.656/98 e às Resoluções Normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, qual seja, Resolução Normativa nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que vier a substituí-la.

Parágrafo décimo primeiro. Em caso de morte do titular, é assegurado ao dependente a sua manutenção no plano nas mesmas condições contratuais, na qualidade de pensionista, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão da **PATROCINADORA** no prazo máximo de 30 dias.

Parágrafo décimo segundo. Somente poderá inscrever-se no plano, nos termos do parágrafo anterior, o pensionista de servidor ou militar que já se encontrava inscrito como titular dos planos da **ASSEFAZ** na data de seu falecimento.

Parágrafo décimo terceiro. O pensionista não poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes ou de grupo familiar nos planos de saúde de que trata este Convênio.

Parágrafo décimo quarto. Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes dos orçamentos da **PATROCINADORA**.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DOS PLANOS E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

Os planos da **ASSEFAZ** oferecidos neste Convênio contemplarão, no mínimo, a assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, fonoaudiológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão apartamento, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, para cobertura das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde 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 primeiro. A cobertura definida no caput observará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as normas a ele referentes, e o regulamento do produto.

Parágrafo segundo. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos pela legislação vigente e observadas as seguintes coberturas:

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

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

III - atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, nos termos da legislação vigente, atualmente, a Resolução Normativa ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, ou norma superveniente.

Parágrafo terceiro. A cobertura hospitalar será feita de acordo com a legislação vigente e com o regulamento do plano e compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

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

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

III - diária de internação hospitalar;

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

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

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

VII - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de deficiência, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente;

VIII - cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente;

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

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

XI - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou a adoção;

XII - cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XIII – cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar; e

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

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

Parágrafo quinto. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados pela **ASSEFAZ**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de inteira responsabilidade da **ASSEFAZ**.

4. CLÁUSULA QUARTA - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

São excluídos de cobertura os procedimentos e eventos relacionados no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, respeitando-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, observado o regulamento do produto.

5. CLÁUSULA QUINTA - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

I - URGÊNCIA - evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação; e

II - EMERGÊNCIA - evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Parágrafo primeiro. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, contemplando, ainda, eventual necessidade de remoção até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

I - quando o atendimento de emergência for efetuado no período de cumprimento de carência, será limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo cobertura para internação;

II - quando o atendimento de urgência, decorrente de complicações no processo gestacional, for efetuado no período de carência, a cobertura será integral;

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

IV - o atendimento de emergência decorrente de realização de evento não coberto pelo plano de saúde terá sua cobertura garantida, nos termos da legislação setorial; e

V - o plano de saúde da segmentação referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.

Parágrafo segundo. Nos casos de urgência e emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude de estar cumprindo carência, será garantida a remoção inter-hospitalar do hospital de origem para o hospital de destino, em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do atendimento e/ou de internação, devendo ser observado que:

I - caberá à **ASSEFAZ** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS que disponha dos recursos necessários, de forma a garantir a continuidade do atendimento;

II - a **ASSEFAZ** deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, somente cessando sua responsabilidade sobre o paciente após efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

III - na hipótese de o paciente ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso I deste parágrafo, a **ASSEFAZ** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção; e

IV - 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, estando a **ASSEFAZ** desobrigada desse ônus, nos termos da legislação vigente.

6. CLÁUSULA SEXTA - DO REEMBOLSO

O reembolso será concedido, quando verificadas as seguintes situações:

I - de urgência/emergência, em que haja inexistência ou indisponibilidade de prestador credenciado, observada a área de abrangência geográfica e de atuação do plano que ofereça o serviço, hipótese em que o reembolso será integral, inclusive as despesas decorrentes do transporte terrestre;

II - de atendimento eletivo, quando não optado pela Rede Credenciada disponibilizada pela **ASSEFAZ**, se dará nos moldes e limites apresentados nos respectivos regulamentos dos planos e nos termos da legislação em vigor à época do evento.

Parágrafo primeiro. O prazo para a **ASSEFAZ** efetuar o reembolso será de, no máximo, de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento pela operadora da documentação completa apresentada pelo interessado.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE OS PLANOS

Os planos oferecidos pela **ASSEFAZ** observarão a legislação vigente, as normas da ANS e as cláusulas deste Convênio.

Parágrafo primeiro. A operacionalização deste Convênio, deverá observar as práticas e estruturas de governança com base nos seguintes princípios:

I – transparência: divulgação completa e objetiva, descrita em linguagem cidadã, de informações relevantes aos beneficiários, aos órgãos da **PATROCINADORA** e à sociedade, independentemente daquelas já exigidas pela legislação;

II – equidade: tratamento justo e isonômico aos beneficiários, aos órgãos da **PATROCINADORA**, ao órgão central do SIPEC e demais partes interessadas, levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas;

III – prestação de contas: tomada de responsabilidade dos administradores e das demais pessoas envolvidas nos diversos níveis da operadora patrocinadora diante de suas decisões, de modo claro, conciso, compreensível e tempestivo, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito dos seus papéis;

IV – responsabilidade corporativa: ação da operadora condizente com seu papel na sociedade, incluindo a manutenção da sua viabilidade econômico-financeira no curto, médio e longo prazo.

Parágrafo segundo. As práticas e estruturas de governança devem constar de forma clara e objetiva nos canais de acesso utilizados pelos beneficiários vinculados a quaisquer dos planos oferecidos neste Convênio.

Parágrafo terceiro. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos será feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes, e as crianças de até 5 (cinco) anos.

Parágrafo quarto. Ao utilizar os serviços da rede credenciada da **ASSEFAZ** nos termos do plano de saúde contratado, não caberá ao beneficiário realizar qualquer desembolso de valores pelo serviço prestado, sendo certo que o pagamento ao prestador será efetuado diretamente pela **ASSEFAZ**.

Parágrafo quinto. No ato do atendimento o beneficiário deverá, obrigatoriamente, apresentar seu Cartão de Identificação de Beneficiário fornecido pela operadora, juntamente com seu documento de identificação válido no território nacional.

Parágrafo sexto. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela prevista no plano contratado, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, mediante negociação direta com o médico ou hospital.

Parágrafo sétimo. Na hipótese de indisponibilidade de acomodação hospitalar especificada no produto contratado pelo beneficiário, a operadora deverá garantir acomodação superior àquela contratada, sem ônus para o beneficiário.

Parágrafo oitavo. É garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), nos termos previstos na Resolução Normativa ANS nº 490, de 29 de março de 2022, ou norma superveniente, e demais dispositivos legais vigentes.

Parágrafo nono. A **ASSEFAZ** adotará, como mecanismos de regulação, a autorização prévia para a realização de procedimentos classificados como de alta e média complexidade nos termos das normas da ANS, e observará o seguinte:

I - a avaliação e a realização dos procedimentos que exigem autorização prévia deverão ocorrer nos prazos definidos pela Resolução Normativa nº 566, de 29 de dezembro de 2022 da ANS, ou norma superveniente, a contar do momento da solicitação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, quando o atendimento deverá ser imediato.

II - é facultado à **ASSEFAZ** solicitar laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento, respeitados os prazos máximos definidos pela Resolução Normativa nº 566, de 29 de dezembro de 2022, da ANS, ou norma superveniente;

III- em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica; e

IV - a junta médica a que se refere o inciso anterior será constituída por três membros, sendo um profissional solicitante do procedimento, um médico da operadora e o terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da **ASSEFAZ**, nos termos da Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017 ou norma superveniente.

Parágrafo décimo. Na hipótese de ocorrer descredenciamento do estabelecimento hospitalar nos termos do art. 17 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, durante período de internação do beneficiário titular ou dependente, a **ASSEFAZ** garantirá a manutenção da internação do beneficiário até sua alta hospitalar, a critério médico, na forma da legislação vigente.

Parágrafo décimo primeiro. 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.

Parágrafo décimo segundo. Ficarão disponibilizadas aos beneficiários, as informações atualizadas a respeito da rede de prestadores de serviços, por meios de divulgação eletrônica no sítio da **ASSEFAZ**.

Parágrafo décimo terceiro. As informações referentes aos procedimentos para autorização prévia, realização de junta médica, aplicação de mecanismos de regulação e quaisquer outras necessárias à operacionalização deste Convênio estarão facilmente acessíveis aos beneficiários.

Parágrafo décimo quarto. Em caso de divergência entre o regulamento do produto e os termos estabelecidos neste Convênio, prevalecerão os termos dispostos no presente instrumento.

8. CLÁUSULA OITAVA - DAS CARÊNCIAS

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

I - para urgências e emergências: 24 (vinte e quatro) horas;

II - para consulta e exames de baixa e média complexidade: 30 (trinta) dias;

III - para as demais coberturas: 180 (cento e vinte) dias; e

IV - para partos a termo: 300 (trezentos) dias.

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

Parágrafo segundo. São isentos de carências:

I - o beneficiário que se inscrever no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de início da vigência deste Convênio;

II - o servidor ou empregado recém-empossado, ocupante de cargo efetivo ou em comissão, ou emprego público, e seus dependentes e grupo familiar, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data do efetivo exercício;

III - o filho do titular que já tenha cumprido os períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados do parto ou adoção;

IV - o cônjuge ou companheiro (a) do beneficiário titular, que já tenha cumprido os períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados do casamento ou da formalização da união.

V - o pensionista que se inscrever no mesmo plano que usufruía à época em que figurava como dependente do titular, desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias contados do falecimento do titular.

Parágrafo terceiro. Nos casos de reingresso, as carências já cumpridas pelos beneficiários serão aproveitadas pela **ASSEFAZ**, desde que a assinatura da nova proposta de adesão ocorra em até 60 dias após o cancelamento do plano.

Parágrafo quarto. Não haverá cobrança de carência ou de cobertura parcial temporária em razão de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso nos prazos estabelecidos no parágrafo segundo desta cláusula.

9. CLÁUSULA NONA - DA CONTRIBUIÇÃO DA PATROCINADORA

Os valores per capita de contribuição de responsabilidade da **PATROCINADORA** são de responsabilidade do órgão ou entidade ao qual o beneficiário estiver vinculado e corresponderão aos valores estabelecidos na Portaria MGI nº 2.829, de 29 de abril de 2024, do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos ou outra que vier a substituí-la.

Parágrafo único. A contribuição a título de patrocínio de que trata o caput desta Cláusula não implica assunção de quaisquer riscos financeiros de operação de plano de saúde por parte da

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DA CONTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A contribuição financeira mensal dos beneficiários destinada ao custeio do plano ao qual o beneficiário venha a se inscrever corresponderá a um valor fixo a ser definido pela **ASSEFAZ**, a ser pago pelo titular, para si e para seus dependentes, e pelo pensionista, preferencialmente cobradas mediante boleto bancário ou débito em conta corrente.

Parágrafo primeiro. O valor de contribuição a que se refere o caput desta Cláusula constará de tabela aprovada pelo Conselho Deliberativo da **ASSEFAZ** ou outro órgão que venha a sucedê-lo, a qual deverá estar facilmente acessível para consulta de todos os beneficiários e demonstrar, de forma inequívoca e discriminada, todos os valores relativos ao custeio e coparticipação, se for o caso, observada a legislação vigente que rege a matéria, o regulamento do plano, bem como as disposições estatutárias da **ASSEFAZ**.

Parágrafo segundo. A **ASSEFAZ** deverá informar expressamente ao titular a existência de eventual responsabilidade financeira deste pelo adimplemento dos valores relativos aos beneficiários do grupo familiar de que trata o parágrafo quinto da cláusula segunda.

Parágrafo terceiro. A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício do titular com a **PATROCINADORA** em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção do beneficiário no plano de saúde nos termos da legislação vigente, desde que assuma integralmente o valor da mensalidade.

Parágrafo quarto. A variação dos valores de contribuição por faixa etária dos planos é fixada considerando o que determina a Resolução Normativa/ANS nº 563, de 15 de dezembro de 2022 ou outra que vier a substituí-la, observando que o valor da última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

Parágrafo quinto. 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 aniversário do beneficiário, incidindo os percentuais respectivos, de acordo com o plano escolhido.

Parágrafo sexto. O valor da contribuição de que trata o caput desta Cláusula será atualizado quando ocorrer mudança de faixa etária, correspondendo aos percentuais indicados no parágrafo sexto desta cláusula e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, não se confundindo com o reajuste financeiro anual, aplicado na data-base de aniversário do Convênio e conforme os percentuais a seguir:

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

Parágrafo sétimo. Nas hipóteses de atraso no pagamento da mensalidade devem ser observadas as disposições da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, bem como os regulamentos dos produtos ofertados pela Fundação Assefaz e as normas da ANS sobre cancelamento do plano.

Parágrafo oitavo. Nos casos de mensalidades em atraso, a **ASSEFAZ** deverá notificar o beneficiário, de forma inequívoca, sobre eventuais meios de regularização do débito, bem como sobre a possibilidade de cancelamento, nos prazos previstos nos Regulamentos dos Planos.

Parágrafo nono. Para proceder com o cancelamento, a **ASSEFAZ** deverá comunicar previamente o beneficiário, por meio 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 décimo. Caso seja efetivado cancelamento de plano de saúde em razão de inadimplência, a **ASSEFAZ** deverá comunicar o fato imediatamente ao órgão ao qual o servidor ou pensionista estiver vinculado, para adoção das providências administrativas necessárias à suspensão da contribuição patronal.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

A **ASSEFAZ** adotará, como mecanismos de regulação a autorização prévia para os procedimentos eletivos, conforme a tabela CBHPM/TUSS.

Parágrafo primeiro - A avaliação da autorização dos procedimentos eletivos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo definido na Resolução nº 566, de 29 de dezembro de 2022 e suas atualizações, 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**.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PARTICIPAÇÃO NO CUSTO DOS SERVIÇOS - COPARTICIPAÇÃO

A **ASSEFAZ** poderá adotar como mecanismo de regulação, a cobrança de coparticipação pelo uso dos serviços utilizados, quando previsto no regulamento do plano escolhido, cabendo aos titulares, seus respectivos dependentes e aos pensionistas, bem como, aos beneficiários do grupo familiar, a responsabilidade pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, que serão cobrados pela **ASSEFAZ**, mediante boleto bancário ou débito em conta corrente, ou outro meio hábil ou idôneo de cobrança.

Parágrafo primeiro. A participação dos titulares, de seus dependentes e dos pensionistas nos custos dos procedimentos utilizados nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares dos beneficiários serão apuradas mensalmente a partir de tabela específica, tomando-se como base os procedimentos realizados, e serão pagas pelo titular do plano em valores mensais de, no máximo, 30% (trinta por cento) da remuneração bruta do titular.

Parágrafo segundo. A participação do grupo familiar nos custos dos procedimentos utilizados nos atendimentos, ambulatoriais e hospitalares dos beneficiários serão apuradas, mensalmente, a partir de tabela específica anexa a este convênio.

Parágrafo terceiro. As tabelas com históricos de utilização e valores para os devidos cálculos de coparticipação estarão disponíveis aos beneficiários e aos órgãos nas áreas restritas respectivas, na página eletrônica da **ASSEFAZ**.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO REPASSE DE RECURSOS

A contribuição da **PATROCINADORA**, de que trata a Cláusula Nona, deverá ser repassada à **ASSEFAZ** até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da competência a que se refere, sendo o valor per capita calculado na forma determinada pela Portaria MGI n.º 2.829, de 29 de abril de 2024, mediante demonstrativo sintético dos beneficiários inscritos no plano de assistência à saúde suplementar encaminhados pela **ASSEFAZ** a ser comparada com os relatórios de beneficiários dos órgãos e entidades.

Parágrafo único. O recurso mencionado no caput desta Cláusula será creditado pela **PATROCINADORA**, em favor da **ASSEFAZ**, em conta-corrente por ela indicada.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA DOTAÇÃO

As contribuições dos órgãos da **PATROCINADORA** correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União na Ação 2004 – Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes, e seu repasse à **ASSEFAZ** será de responsabilidade de cada órgão, autarquia ou fundação da **PATROCINADORA**.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação anual de contas deverá ser encaminhada ao órgão central do SIPEC até final do mês de julho do ano seguinte ao exercício.

Parágrafo primeiro. Os dados e documentos relativos à prestação de contas de que trata o caput deverão estar à disposição da Secretaria de Relações de Trabalho, bem como dos órgãos de controle e órgãos e entidades da **PATROCINADORA**.

Parágrafo segundo. Além dos instrumentos e relatórios relativos à prestação de contas, a **ASSEFAZ** deverá preencher o quadro constante do Anexo II.

Parágrafo terceiro. A prestação de contas deverá contar também com cópia de relatório simplificado expedido por auditor independente, nos termos estabelecidos pela Resolução Normativa nº 505, de 30 de março de 2022, da ANS, ou outra que vier a substituí-la.

Parágrafo quarto. As práticas de governança, os sistemas de controles internos e as práticas de gestão de risco implementados pela **ASSEFAZ** deverão ser informados à Secretaria de Relações de Trabalho com os demais documentos referentes à prestação de contas anual.

Parágrafo quinto. Deverá fazer parte da prestação de contas da operadora um relatório estatístico de reclamações recebidas em sua Ouvidoria e das Notificações de Intermediação Preliminar-NIP, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, relacionadas por temas e percentuais de resolução.

Parágrafo sexto. A **ASSEFAZ** deverá encaminhar, juntamente com a prestação de contas anual, relatórios estatísticos de ações judiciais impetradas em seu desfavor, relacionadas por temas.

Parágrafo sétimo. A **ASSEFAZ** enviará aos órgãos e entidades da **PATROCINADORA**, mensalmente, até o quinto dia útil, arquivo contendo relatório composto pelos respectivos titulares e dependentes com planos ativos na operadora.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RETIRADA DO PATROCINADOR

A saída da **PATROCINADORA** da cobertura do presente Convênio por Adesão poderá se dar:

I - por requerimento da **PATROCINADORA**, com comunicação de, no mínimo, 60 dias de antecedência;

II - por extinção da autarquia ou fundação, inclusive por fusão ou incorporação a outro órgão patrocinador ou não da **ASSEFAZ**;

III - por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste Convênio e Termos Aditivos dele decorrentes; e

IV - por iniciativa da **ASSEFAZ**, mediante comunicação prévia de, no mínimo, 60 dias de antecedência.

Parágrafo único. No caso de fusão ou incorporação do órgão da **PATROCINADORA** a outro órgão patrocinador da **ASSEFAZ**, a cobertura aos beneficiários inscritos não sofrerá solução de descontinuidade, desde que o sucessor legalmente constituído expresse, formalmente, garantia sobre a continuidade das obrigações pactuadas ou nos casos em que o instrumento legal preveja a sucessão de convênios e contratos.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício dos titulares com a **PATROCINADORA**, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção dos beneficiários no plano, observados os prazos de que tratam os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, desde que se responsabilizem, além do pagamento da contribuição de sua responsabilidade, pelo pagamento da contribuição da Patrocinadora prevista na Cláusula Nona.

Parágrafo primeiro. A manutenção da condição de beneficiário dar-se-á nas mesmas condições de que gozava na vigência do contrato de trabalho, mediante opção expressa apresentada no prazo de 30 (trinta) dias, contado do ato de comunicação da unidade de gestão de pessoas do órgão ao titular.

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

Parágrafo quarto. A exclusão do titular em decorrência da perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício somente será aceita pela **ASSEFAZ** mediante a comprovação de comunicação pela unidade de gestão de pessoas do órgão da opção de manutenção da condição de beneficiário, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS n.º 488, de 29 de março de 2022, ou outra que vier a substituí-la.

Parágrafo quinto. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes e do grupo familiar cobertos pelo plano, na forma determinada no art. 30 da Lei nº 9656, de 1998.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA POSSIBILIDADE DE INGRESSO DOS BENEFICIÁRIOS EM PLANO DIFERENCIADO

O servidor ou empregado ativo e o aposentado, vinculados à **PATROCINADORA** poderão optar por inscrever seus dependentes e/ou grupo familiar em planos diferentes do seu, desde que constantes do rol de produtos deste Instrumento.

Parágrafo primeiro. A contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente ao custeio dos planos previstos no caput desta cláusula, para si e seus dependentes, grupo familiar e para os pensionistas corresponderá aos valores aprovados pelo Conselho de

Deliberativo ou o órgão de vier a substituí-lo, observada a legislação que rege a matéria, o Regulamento do Plano, bem como as disposições estatutárias da **ASSEFAZ**.

Parágrafo segundo. Nos casos de migrações entre os planos, por iniciativa do titular ou por migração total da carteira, o beneficiário deverá arcar com o custo do novo produto, não configurando reajuste de contribuição mencionado na Cláusula Décima.

Parágrafo terceiro. As condições de cobertura assistencial, requisitos de elegibilidade, segmentação, acomodação, carência e demais garantias dos produtos de que tratam o caput desta cláusula são aquelas descritas nos regulamentos dos planos, no que não for contrário ao previsto neste ajuste, bem como nos normativos da ANS.

Parágrafo quarto. É facultado ao titular sua migração e de seus dependentes para qualquer dos planos oferecidos pela **ASSEFAZ**.

Parágrafo quinto. A **ASSEFAZ** somente poderá oferecer novos planos aos beneficiários após expressa manifestação de aceitação pela **PATROCINADORA** dos produtos ofertados.

Parágrafo sexto. Para apreciação dos novos planos por esta Secretaria de Relações de Trabalho, a Fundação **Assefaz** deverá encaminhar os regulamentos dos planos acompanhados das respectivas tabelas de comercialização e percentuais de variação de reajuste por faixa etária.

Parágrafo sétimo. No caso de descontinuidade de algum dos planos oferecidos aos beneficiários por este Convênio, a **ASSEFAZ** divulgará a informação em sua página eletrônica e os órgãos da **PATROCINADORA** a divulgarão amplamente em suas intranets, esclarecendo que os vínculos não serão cancelados, porém, não serão inscritos novos beneficiários, à exceção de dependentes filhos e cônjuges dos beneficiários participantes na data da suspensão, nos termos da legislação vigente.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DOS REAJUSTES ANUAIS POR VARIAÇÃO DE CUSTOS

O valor da contribuição é fixado por plano e por faixa etária e poderá ser reajustado nas seguintes hipóteses:

I – Anualmente, no mês de aniversário do CONVÊNIO, sempre que a reavaliação atuarial recomendar, conforme Resolução própria votada e aprovada pelo Conselho Deliberativo da **ASSEFAZ**, com aplicação automática pela **ASSEFAZ**, não sendo necessário firmar Termo Aditivo, garantindo-se que a atualização não ocorrerá em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

II – Com a alteração de idade do beneficiário que implique mudança de faixa etária.

Parágrafo primeiro. O reajuste anual descrito no inciso I será composto cumulativamente pelo índice financeiro e pelo índice técnico (reajuste atuarial), quando for necessário restabelecer o equilíbrio econômico-atuarial do Convênio.

Parágrafo segundo. O reajuste que trata o inciso I desta Cláusula deverá ser comunicado pela **ASSEFAZ** à **PATROCINADORA** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da sua aplicação, com apresentação de estudo atuarial, justificativa sintética, para a definição do percentual de reajuste, contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste:

a) o critério técnico adotado para o reajuste, a definição dos parâmetros e das variáveis utilizadas no cálculo;

b) a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e

c) o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas.

Parágrafo terceiro. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários neste Convênio, a data de aplicação do reajuste será invariavelmente na data-base da assinatura do Convênio com o órgão Central do Sipec, entendendo-se esta como data base única do presente convênio.

Parágrafo quarto. Os valores de coparticipação serão reajustados sempre que a avaliação atuarial recomendar, em período não inferior a 12 meses, e somente será aplicado na mesma data do reajuste das mensalidades.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA - ASSEFAZ

Constituem obrigações da **ASSEFAZ**:

I - viabilizar aos beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviço, os programas de assistência ambulatorial e hospitalar, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratada;

II - oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência, nos termos da legislação vigente e do produto contratado pelo beneficiário;

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

IV - fornecer o cartão de identificação aos beneficiários, físico e/ou digital;

V - disponibilizar aos beneficiários a relação de prestadores de serviço atualizada da área de abrangência geográfica do plano de saúde na sua página eletrônica;

VI - encaminhar mensalmente aos órgãos da **PATROCINADORA** a lista de beneficiários inscritos;

VII - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com os órgãos da **PATROCINADORA**;

VIII – efetuar a exclusão do beneficiário na forma do §2º do art. 7º da Resolução Normativa da ANS Nº 561, de 15 de dezembro de 2022, após apurada a solicitação de exclusão apresentada pelo órgão ou entidade da Patrocinadora no prazo de que trata o § 1º do art 7º da mesma Resolução Normativa, ou outro normativo que vier a substituí-la;

IX – fornecer ao titular, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da ciência pela **ASSEFAZ**, da solicitação de desligamento, comprovante da efetiva exclusão do plano de saúde, no qual devem constar detalhadamente as cobranças de serviços efetuadas pela operadora, bem como informação sobre a possível existência de cobranças futuras de serviços utilizados e que eventualmente ainda não tenham sido comunicados pelo prestador de serviços à **ASSEFAZ**;

X – disponibilizar em sua página eletrônica, na área do beneficiário, todas as informações relativas ao plano contratado, valores de mensalidade, contribuição patronal e coparticipação, quando houver, além de relatório mensal de utilização dos serviços, discriminando, inclusive, o valor despendido pela operadora separado da eventual coparticipação, para acompanhamento do beneficiário;

XI– efetuar o tratamento dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis dos beneficiários em estrita observância aos princípios e demais disposições da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD) e regramentos expedidos pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD;

XII – estabelecer medidas para que os profissionais de seu quadro funcional que tenham acesso aos dados pessoais e pessoais sensíveis dos beneficiários vinculados a este Convênio sejam sistematicamente atualizados nos temas de proteção e privacidade de dados pessoais;

XIII– encaminhar anualmente à Secretaria de Relações de Trabalho, juntamente com a prestação de contas de que trata o parágrafo quinto da cláusula décima quarta, cópia do relatório estatístico e analítico do atendimento de sua Ouvidoria, estabelecido na Resolução Normativa da ANS nº 323, de 3 de abril de 2013, quantitativo de reclamações de sua Ouvidoria, bem como os índices de reclamação da ANS, divididos por tema e subtema, para conhecimento;

XIV – disponibilizar acesso em sua página eletrônica aos órgãos e entidades vinculados à **PATROCINADORA**, para a devida operacionalização do Convênio;

XV – nos casos de portabilidade de carências, fornecer aos beneficiários as informações referentes ao plano de origem, tais como data de vinculação ao plano, número de registro da operadora e do plano respectivo; e

XVI – nos casos em que houver recusa de solicitação de portabilidade de carências, apresentar ao solicitante a devida justificativa no prazo máximo de 10 dias, conforme previsto na Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2022, ou norma que vier a substituí-la.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES DA PATROCINADORA

Constituem obrigações dos órgãos e entidades da **PATROCINADORA**.

I - repassar à **ASSEFAZ** os valores de contribuições e participação previstos nas Cláusulas Nona;

II - indicar um servidor do órgão para ser o responsável para interlocução junto à **ASSEFAZ**;

III - informar de maneira clara e precisa aos servidores do órgão os procedimentos para a sua inscrição, de seus dependentes e grupo familiar, bem como repassar as informações sobre o funcionamento da **ASSEFAZ** e do acesso à rede de prestadores da operadora;

IV - manter a regularidade de suas contribuições até a exclusão do beneficiário do plano;

V - fornecer à **ASSEFAZ**, os formulários de inscrição de novos beneficiários (titulares, dependentes e pensionistas) com as informações necessárias ao seu cadastramento e recebimento dos cartões de identificação de beneficiários;

VI - fornecer, mensalmente, à **ASSEFAZ**, no período de 20 a 30 de cada mês, lista nominal de todos os titulares, seus dependentes e pensionistas excluídos da cobertura financeira da **PATROCINADORA** por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao plano de saúde, devidamente acompanhada da comprovação de que o titular foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do plano ao qual estiver vinculado;

VII - encaminhar à **ASSEFAZ**, mensalmente, meio que permita identificar os titulares, seus dependentes e pensionistas inscritos;

VIII - encaminhar à **ASSEFAZ**, impreterivelmente em até 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento, a solicitação de exclusão de beneficiário titular ou de seu dependente.

IX - quando da exclusão de beneficiário, informar à **ASSEFAZ**, de forma inequívoca, se o servidor foi desligado por demissão, exoneração sem justa causa, ou por aposentadoria e por quanto tempo contribuiu para o pagamento do plano de saúde, apresentando também a comprovação da comunicação da possibilidade de manutenção do plano e a respectiva manifestação do beneficiário.

Parágrafo primeiro. A inscrição dos beneficiários na forma do inciso V desta Cláusula se dará por meio de opção formal em instrumento a ser firmado com o titular, servidor ou pensionista, denominado proposta de adesão, no qual constam as regras, cláusulas, meios de contato e formas de acesso ao conteúdo do Convênio e ao regulamento do plano de saúde escolhido pelo beneficiário.

Parágrafo segundo. A inscrição no plano somente será efetivada para fins de direito, inclusive para cômputo dos prazos de carência, quando apresentado à **ASSEFAZ** o formulário de que trata o parágrafo primeiro desta Cláusula, exceto no caso de migração de beneficiário para outro plano, que ocorrerá no dia 1º dia do mês subsequente à informação da **PATROCINADORA** à **ASSEFAZ**.

Parágrafo terceiro. Para os fins do inciso VI, a exclusão dos beneficiários ocorrerá no dia 1º do mês subsequente à comunicação do órgão ou entidade **PATROCINADORA** à **ASSEFAZ**.

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

Parágrafo quinto. A **PATROCINADORA** deverá informar, na lista de que trata o inciso VII o motivo da perda do vínculo funcional ou empregatício e se o beneficiário optou pela sua manutenção na forma prevista no parágrafo primeiro desta Cláusula ou se optou por não manter essa condição.

Parágrafo sexto. A **PATROCINADORA** participará da administração da **ASSEFAZ** na forma definida em seu Estatuto.

Parágrafo sétimo. Nos casos em que o órgão não atender ao disposto no inciso VIII, o beneficiário poderá solicitar a sua exclusão ou a de seu dependente, diretamente à **ASSEFAZ**, que deverá comunicar a exclusão ao próprio beneficiário e ao órgão ao qual o beneficiário solicitante estiver vinculado.

Parágrafo oitavo. Manter este Convênio, informações e documentos necessários ao seu funcionamento, disponíveis em sua intranet, facilmente acessíveis aos servidores.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA INSCRIÇÃO, DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO

É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário nos planos de saúde oferecidos pela **ASSEFAZ**, conforme a seguir disposto:

I - a inscrição ou exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde será intermediada pela unidade de gestão de pessoas à qual o servidor ou pensionista estiver vinculado;

II - o cancelamento de inscrição nos planos poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares e pensionistas, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação;

III - ocorrendo o cancelamento de inscrição do titular, todos os seus dependentes e grupo familiar terão sua inscrição cancelada;

IV - a **PATROCINADORA** se obriga a comunicar à **ASSEFAZ** qualquer tipo de evento que implique na perda de direito de participação de qualquer beneficiário do plano;

V - após a comunicação de exclusão de beneficiário, a **PATROCINADORA**, não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da **ASSEFAZ**, nem por eventuais débitos ocorridos;

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

VII - o reingresso de beneficiários nos planos obedecerá aos procedimentos exigências documentais descritas nos Regulamentos dos planos da **ASSEFAZ** e neste Convênio.

VIII - nos casos de inadimplência, as carências já cumpridas pelo beneficiário serão aproveitadas desde que o reingresso se dê no prazo máximo de 60 dias, contados a partir da notificação descrita no parágrafo terceiro desta cláusula.

Parágrafo primeiro. As exclusões dos beneficiários dos planos de assistência à saúde de que trata o presente Convênio ocorrerão nas seguintes situações:

I - por vontade expressa do titular;

- II - suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- III - exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- IV - redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo convênio;
- V - licença sem remuneração;
- VI - decisão administrativa ou judicial;
- VII – fraude;
- VIII - inadimplência de contribuição ou participação por período superior a 60 (sessenta) dias;
- IX - outras situações previstas em Lei.

Parágrafo segundo. Em razão de exclusão nos casos previstos nos incisos II, III, IV e V do parágrafo primeiro, a manutenção dos beneficiários nos planos da **ASSEFAZ** obedecerá ao disposto neste Convênio e na legislação vigente.

Parágrafo terceiro. Na hipótese de exclusão prevista no inciso VIII, a operadora deverá notificar o beneficiário até o quinquagésimo dia de atraso, de forma inequívoca, e garantir o prazo de 10 (dez) dias para que seja efetuado o pagamento do débito, nos termos estabelecidos na Resolução Normativa ANS nº 593, de 19 de dezembro de 2023, ou norma superveniente.

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO

Haverá suspensão da cobertura assistencial aos beneficiários nas situações descritas a seguir:

I – Em caso de atraso no pagamento da contribuição (mensalidade), pelo beneficiário, conforme critérios estabelecidos nos Regulamentos dos Planos; e/ou

II – Atraso igual ou superior a 60 (sessenta) dias no repasse da contribuição (per capita) devida pelo **PATROCINADORA** estabelecida na Cláusula Nona deste CONVÊNIO.

Parágrafo primeiro. A manutenção da situação de inadimplência por parte do beneficiário poderá acarretar o cancelamento de sua inscrição, conforme previsto neste Convênio e na legislação vigente.

Parágrafo segundo. Nos casos de atraso do pagamento dos valores referentes ao per capita por período superior a 60 (sessenta) dias, a operadora notificará o órgão da **PATROCINADORA** para a regularização do pagamento, sob pena de suspensão de atendimento e informará, simultaneamente, a Secretaria de Relações de Trabalho sobre o débito e a notificação ao órgão respectivo.

24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DE DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

O tratamento de dados pessoais e pessoais sensíveis necessário ao funcionamento deste Convênio será fundamentado nos princípios estabelecidos no art. 6º da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), especialmente nos princípios da finalidade, adequação, necessidade, transparência, segurança, prevenção e não discriminação.

Parágrafo primeiro. A **ASSEFAZ** adotará as medidas de segurança, privacidade e proteção de dados recomendadas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) durante todas as fases de tratamento de dados pessoais necessárias à consecução de suas atividades.

Parágrafo segundo. A **ASSEFAZ** estabelecerá medidas para que os respectivos funcionários e colaboradores mantenham o sigilo necessário e se abstenham de compartilhar as informações e dados pessoais e pessoais sensíveis a que tiverem acesso, estando sujeitos, conforme o caso, à responsabilização administrativa, civil e penal decorrente de eventual compartilhamento, transferência ou divulgação.

Parágrafo terceiro. As partes garantirão que os dados compartilhados serão tratados de forma segura e protegida.

Parágrafo quarto. A **ASSEFAZ** e a Secretaria de Relações de Trabalho se comprometem a comunicar à outra parte, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, qualquer incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos beneficiários vinculados a este Convênio e informar se houve comunicação do incidente à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e aos titulares de dados pessoais potencialmente atingidos, conforme o caso, nos termos da legislação vigente.

25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Serão observadas as seguintes regras de transição:

I - As adesões formalizadas por autarquias e fundações ao Convênio por Adesão nº 001/2022, vigentes na data anterior à de início de vigência deste convênio, serão consideradas válidas e vigentes para os fins do disposto no parágrafo primeiro da cláusula primeira.

II - Os vínculos dos beneficiários ativos no Convênio por Adesão nº 001/2022 até a data de assinatura deste CONVÊNIO, são considerados por ele absorvidos, exceto no caso de solicitação expressa de cancelamento do vínculo, formalizado pelo beneficiário, em manifestação apresentada diretamente à **ASSEFAZ** e à Unidade de Gestão de Pessoas.

III - A participação dos beneficiários de que trata o inciso IV do parágrafo primeiro da cláusula segunda poderá ocorrer a partir da publicação de normativo que altere a Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 2022, prevendo expressamente essa possibilidade.

26. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DA RESCISÃO

A rescisão do presente convênio poderá ocorrer nas seguintes hipóteses:

I - imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação formal e por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;

II - por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste convênio e termos aditivos dele decorrente;

III - por superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexequível;

IV - por constatação de falsidade ou incorreção de informação, não sanável, em qualquer documento apresentado; e

V - por atraso, pelo período de 60 (sessenta) dias, do repasse ou o inadimplemento dos valores per capita devidos pela **PATROCINADORA**, conforme as obrigações estabelecidas nas Cláusulas Nona e Décima;

Parágrafo primeiro. Após a denúncia do presente Convênio, a prestação dos serviços aos beneficiários vinculados à Patrocinadora será mantida pelo período de 60 dias.

Parágrafo segundo. A **PATROCINADORA** deverá continuar creditando à **ASSEFAZ** os valores previstos nas Cláusulas Nona pelo período de 60 (sessenta) dias após a denúncia do convênio.

Parágrafo terceiro. A rescisão do Convênio implica na exclusão de todos os beneficiários vinculados à **PATROCINADORA**.

27. CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - DA 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 valor da contribuição prevista nesta cláusula é definido pelo Conselho Deliberativo e poderá ser reajustado anualmente, inclusive, em data diferente do plano de saúde.

Parágrafo terceiro - os serviços são extensivos ao grupo familiar delimitado na Resolução do Conselho Deliberativo.

28. CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio entrará em vigor em 1º de julho de 2024, com vigência de 60 (sessenta) meses, prorrogáveis por igual período.

29. CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DOS ANEXOS

São integrantes deste convênio os seguintes anexos:

I - termo de adesão ao Convênio;

II - quadro simplificado para prestação de contas - modelo;

III - plano de trabalho;

IV - termo de referência;

V - tabela de valores e variação por faixa etária dos planos de saúde;

VI - regulamentos dos planos de saúde.

Parágrafo único. O plano de trabalho deve ser assinado juntamente com este Instrumento Jurídico.

30. CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DA PUBLICAÇÃO

Compete à União, por intermédio do Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos, a publicação deste Convênio, por extrato, no Diário Oficial da União, nos termos do parágrafo único do artigo 176 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

31. CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o foro da cidade de Brasília, Distrito Federal, para dirimir qualquer litígio decorrente 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, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surta seus efeitos jurídicos e legais.

E, por estarem de comum acordo, firmam as partes o presente Convênio, em duas vias, de igual teor e forma, para um só efeito, para que surta seus jurídicos e efeitos legais.

Brasília/DF, 27 de junho de 2024.

SECRETARIA DE RELAÇÕES DE TRABALHO

Secretário de Relações de Trabalho

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ

Diretora-Presidente

Testemunhas:

LUANA MARTINS DE GODOI CORRÊA

LUIS GUILHERME DE SOUZA PEÇANHA



Documento assinado eletronicamente por **Gildenora Batista Dantas, Usuário Externo**, em 27/06/2024, às 10:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Lopez Feijóo, Secretário(a)**, em 27/06/2024, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luana Martins De Godoi Correa, Chefe(a) de Divisão**, em 27/06/2024, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luis Guilherme de Souza Peçanha, Diretor(a) Substituto(a)**, em 27/06/2024, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **43170687** e o código CRC **891E1C52**.