



CONVÊNIO

CONVÊNIO DE PATROCÍNIO COLETIVO EMPRESARIAL N.º 01/2026 QUE ENTRE SI CELEBRAM O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO TOCANTINS, NA CONDIÇÃO DE PATROCINADOR CONVENIADO E A FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ.

O **TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO TOCANTINS – TCE-TO**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o número 25.053.133/0001-57, com sede na Avenida Joaquim Teotônio Segurado, Quadra 102 Norte, Cj. 01, Lts. 01 e 02 - CEP - 77006-002 - Palmas - TO, representado pelo seu Conselheiro Presidente, o Senhor **ALBERTO SEVILHA**, brasileiro, casado, servidor público, portador da cédula de identidade RG n.º 1.088.633 - SSP/TO e inscrito(a) no CPF sob número 737.201.608-82, respectivamente, de acordo com suas atribuições regimentais, doravante denominado simplesmente **PATROCINADOR** e a **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, que opera planos privados de assistência à saúde, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o número 34.692-6, classificada na modalidade autogestão sem mantenedor, multipatrocinada, inscrita no CNPJ sob o número 00.628.107/0001-89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício José Alves Coutinho, Brasília/DF, CEP N.º 70.304-908, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por sua Diretora-Presidente, Senhora **GILDENORA BATISTA DANTAS**, brasileira, divorciada, contadora, residente e domiciliada nesta capital, portadora da cédula de identidade RG N.º 764269 – SSP/DF e do CPF N.º 368.724.071-15, e por sua Diretora de Saúde, Senhora **LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA**, portadora da cédula de identidade RG N.º 273358887 DETRANRJ e do CPF N.º 647.723.811-04, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, sujeitando-se especialmente à Lei N.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, bem como à Lei N.º 14.133/2021, de 1º de abril de 2021, no que couber, à Resolução Normativa ANS N.º 137, de 14 de novembro de 2006, à Resolução Normativa ANS N.º 148, de 3 de março de 2007, à Resolução Normativa ANS N.º 557, de 14 de dezembro de 2022, Resolução Normativa - RN N.º 465 de 24 e fevereiro de 2021 e suas alterações, e bem como ao Estatuto, Regimento Interno 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 Membros e Servidores do **PATROCINADOR**, ativos ou inativos, e seus respectivos dependentes e agregados do grupo familiar definidos, bem como aos pensionistas, a possibilidade de ingresso aos Planos de Saúde da **ASSEFAZ** denominados: **ASSEFAZ RUBI APARTAMENTO EMPRESARIAL** (registrado na ANS sob o número 466490126), **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL** (registrado na ANS sob o número 466498121), **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL** (registrado na ANS sob o número 466489122), **ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO EMPRESARIAL** (registrado na ANS sob o número 466500127), **PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL** (registrado na ANS sob o número 479966186), e o **PLANO ASSEFAZ JADE PALMAS/TO EMPRESARIAL** (registrado na ANS sob o número 504006250) 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 ANS Nº 557, de 14 de dezembro de 2022, e suas posteriores alterações deverão seguir todas as disposições da Lei Federal nº 9.656/98, e suas alterações posteriores, não podendo haver oferta de planos em desconformidade com o referido diploma legal. Os planos ofertados deverão estar registrados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com área de abrangência geográfica nacional, estadual e municipal, respeitando os limites da Resolução Normativa Nº 566, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de 29 de dezembro de 2022, 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 – 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 os normativos da Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo terceiro – Os beneficiários inscritos nos planos ofertados pela **ASSEFAZ** poderão optar por mudar para outros planos oferecidos pela **ASSEFAZ**, dentre aqueles descritos na cláusula primeira deste contrato, devendo observar as condições propostas no regulamento do novo plano escolhido.

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

Parágrafo quinto – Os servidores/Membros que contratarem o plano de saúde PLANO ASSEFAZ JADE PALMAS/TO EMPRESARIAL, terão cobertura exclusiva no Município contratado e a porta de entrada será, preferencialmente, por meio das clínicas de Atenção Primária à Saúde – APS, seja clínica virtual ou presencial.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO

A inscrição dos beneficiários é voluntária e facultativa e será efetivada por meio de instrumento específico, denominado “Proposta de Adesão”, assinada diretamente com a **ASSEFAZ**, na qual o beneficiário titular, e seus dependentes do grupo familiar aderem às regras, cláusulas e definições constantes neste instrumento e no regulamento do plano escolhido, mediante anuência do órgão Patrocinador.

Parágrafo primeiro – A aprovação da “Proposta de Adesão ao Convênio”, citada no *caput*, bem como suas alterações posteriores, deverão ser comunicadas pela **ASSEFAZ** ao beneficiário titular.

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

I. servidores públicos ativos e inativos do **PATROCINADOR**;

II. servidores públicos aposentados do **PATROCINADOR**;

III. ocupante de cargo em comissão, com ou sem vínculo efetivo com o **PATROCINADOR**, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo; e

IV. o servidor público cedido ou empregado temporário vinculado ao órgão ou entidade pública Patrocinadora da **ASSEFAZ** poderá manter sua vinculação ao plano enquanto perdurar o respectivo vínculo funcional, desde que seja contemplado pelo custeio da assistência à saúde per capita previsto nas normas internas do Patrocinador ou assuma integralmente o custeio do plano, na condição de beneficiário autopatrocinado, quando inexistir repasse patronal; e

V. o pensionista dos servidores descritos nos incisos I e II deste artigo.

Parágrafo terceiro – Os pensionistas poderão aderir aos planos de assistência à saúde da **ASSEFAZ**, observando-se que não será exigida carência, se a inscrição for efetivada no prazo de 30 (trinta) dias após o óbito do titular.

Parágrafo quarto – Poderão ser inscritos como beneficiários dependentes do titular, nos planos de saúde **ASSEFAZ**:

I. o cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável, obedecidos os critérios adotados para o

reconhecimento da união estável;

II. os filhos e enteados até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

III. os filhos 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; e

IV. menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

Parágrafo quinto – Poderão ser inscritos como agregados/grupo familiar 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 detenha a condição de elegibilidade, conforme previsto no Art. 2º inciso II, alínea j da Resolução Normativa N.º 137, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de 14 de novembro de 2006.

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

Parágrafo sétimo – Os beneficiários titulares poderão incluir seus dependentes e agregados/grupo familiar em planos diferentes do seu, devendo ser observadas as condições expressas no regulamento específico do produto.

Parágrafo oitavo – A permanência especial no plano de servidores exonerados que não sejam a pedido, bem como de aposentados que perderem o vínculo com o **PATROCINADOR** obedecerá aos ditames da Lei Federal nº 9.656/98 e às Resoluções Normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo nono – Ao servidor demitido ou exonerado que contribuiu para os planos da **ASSEFAZ** é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de manter sua qualidade de beneficiário pelo período de 24 (vinte e quatro) meses após o rompimento do vínculo com o **PATROCINADOR**, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho/vínculo estatutário, assumindo o seu pagamento integral, desde que:

I. assuma o pagamento integral do plano;

II. não tenha requerido exoneração;

III. não tenha sido demitido do órgão por justa causa;

IV. não tenha rompido seu vínculo por motivo semelhante a punição; e

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

VI. tenha sido feita a comunicação inequívoca, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento, por parte do empregador, sobre o direito da manutenção de que trata este parágrafo.

Parágrafo décimo – Ao servidor que, por iniciativa própria, solicitar a extinção de seu vínculo empregatício ou estatutário, será assegurado o direito de manter a condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das respectivas despesas.

Parágrafo décimo primeiro – A condição prevista no parágrafo anterior não se aplica ao servidor que tenha sido demitido ou exonerado por justa causa, e ao servidor que tenha sido demitido em decorrência de decisão irreversível exarada em Processo Administrativo Disciplinar - PAD.

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

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

Parágrafo décimo quarto – Ao servidor que obtiverem a condição de licença sem vencimentos é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de aderir e/ou manter sua qualidade de beneficiário, desde que assuma o seu pagamento integral, enquanto durar o afastamento, observados os incisos I e VI do parágrafo nono desta cláusula e o regulamento do plano no qual esteja inscrito.

Parágrafo décimo quinto – É assegurado ao beneficiário dependente, que contribuir para um dos planos da Assefaz, o direito de manter sua condição de beneficiário após o falecimento do titular, observados os incisos I e VI do parágrafo nono desta cláusula e o regulamento do plano no qual esteja inscrito.

Parágrafo décimo sexto – 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 sétimo – Os dependentes diretos inscritos pelo beneficiário titular que não façam jus ao subsídio ou contrapartida de custeio por parte do **PATROCINADOR**, será de competência do responsável financeiro, o beneficiário titular, o ônus integral do custeio das respectivas mensalidades.

Parágrafo décimo oitavo – O beneficiário inscrito na condição de agregado (grupo familiar) poderá responder pelo ônus 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 N.º 561, da Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS, de 15 de dezembro de 2022, ou outra que vier substituí-la.

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

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

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

Parágrafo segundo – As solicitações de cancelamento ou de exclusão, recebidas pela **ASSEFAZ**, independentemente do meio utilizado, conforme previsto no Artigo 4º da Resolução Normativa N.º 561, da Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS, de 15 de dezembro de 2022, 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 em razão de PAD – Processo Administrativo Disciplinar;

III. redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;

IV. licença sem remuneração;

V. decisão administrativa ou judicial;

VI. fraude;

VII. inadimplência de eventual coparticipação ou contribuição, por período superior a 50 (cinquenta) dias, desde que notificado com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento;

VIII. por perda dos vínculos do beneficiário titular com o **PATROCINADOR**, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei N.º 9.656, de 03 de junho de 1998;

IX. a pedido do **PATROCINADOR** ou outras situações previstas em lei e no regulamento do plano;

X. por óbito do beneficiário titular, dependente, pensionista ou do agregado/grupo familiar, integrante do Grupo Familiar, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei Federal n.º 9.656, de 03 de junho de 1998;

XI. a pedido do beneficiário titular ou do pensionista, a qualquer tempo; e

XII. por iniciativa da **ASSEFAZ**, devido a não observância ao Estatuto e Regimento da **ASSEFAZ** e desde que comunicado previamente ao **PATROCINADOR** ou beneficiário titular, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Parágrafo terceiro – O cancelamento da inscrição de beneficiários não desobriga o responsável financeiro (titular ou agregado/grupo familiar) a honrar o pagamento das contribuições devidas e não liquidadas até a data do cancelamento, bem como, as despesas de coparticipação na utilização dos serviços, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis, caso não haja a quitação dos débitos.

Parágrafo quarto – Ao solicitar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com seu 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 N.º 438, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de 3 de dezembro de 2018.

Parágrafo quinto – No caso de reingresso de beneficiário, será exigido novo período de carências, a contar da data de assinatura da nova Proposta de Adesão aos planos da **ASSEFAZ** disponibilizados ao Convênio de Patrocínio.

Parágrafo sexto - É condição necessária para o reingresso ao plano de saúde da **ASSEFAZ**, que o beneficiário titular e agregados/grupo familiar não possua pendências financeiras, relacionadas ao vínculo anterior.

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 e agregado/grupo familiar.

Parágrafo oitavo - Nos casos de inadimplência, o beneficiário será notificado pela **ASSEFAZ** até o 50º (quinqüagésimo) dia de atraso, por meio que assegure a comprovação de recebimento, conforme previsto na Resolução Normativa N.º 593/2023, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. O beneficiário poderá regularizar sua situação no prazo de 10 (dez) dias a partir da notificação.

Parágrafo nono – Poderá haver exclusão do beneficiário por motivo de inadimplência, após o atraso de duas mensalidades, consecutivas ou não, obedecendo os critérios previstos na Resolução Normativa N.º 593/2023, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Parágrafo décimo – Para efetivar a exclusão mencionada no parágrafo anterior, a **ASSEFAZ** deverá encaminhar notificação prévia ao beneficiário, utilizando meios de comunicação previstos na legislação vigente, tais como carta com aviso de recebimento (AR), contato pessoal por um representante da **ASSEFAZ**, e-mails, ligações telefônicas, mensagens de aplicativos de smartphones, SMS e outros. A notificação será considerada válida desde que o beneficiário confirme o recebimento.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CARÊNCIAS

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

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

Parágrafo segundo – Caso haja menos de 30 (trinta) beneficiários vinculados ao presente convênio, ou ainda nos casos em que o beneficiário não aderir ao presente Convênio de Patrocínio dentro de 30 dias da vigência 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, observados os limites definidos nas tabelas de valores dos convênios firmados entre a Fundação Assefaz e os órgãos/entidades.

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

II. consultas médicas e exames complementares básicos: 30 (trinta) dias;

III. para as demais coberturas: 180 (cento e oitenta) dias;

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

V. para *up* grade de rede prestadora: 180 (cento e oitenta) dias.

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

I. 24 (vinte e quatro) 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; e

VI. 180 (cento e oitenta) dias para *up* grade de rede prestadora.

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/grupo familiar, se a adesão ao plano ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

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

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

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

Parágrafo décimo – Os períodos de carências previstos nos §§ 3º e 4º serão observados também na hipótese de reingresso dos beneficiários aos respectivos planos de assistência à saúde da **ASSEFAZ**, a contar da data de assinatura da nova Proposta de Adesão ao Convênio.

CLÁUSULA QUINTA – DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

O presente convênio, observado o cumprimento dos prazos de carência, se houver; as exclusões de cobertura e as demais condições contratuais, garante aos **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** e os **BENEFICIÁRIOS DO GRUPO FAMILIAR/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 Federal nº 9.656/1998), e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, **dentro da rede credenciada** da **ASSEFAZ** e conforme **taxativamente** previsto nos respectivos regulamentos dos planos.

Parágrafo primeiro – Os planos de saúde ofertados pela **ASSEFAZ** contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em apartamento, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de

Saúde, CID-10 e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor na data do evento.

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

Parágrafo terceiro – Inclui-se na cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria N.º 1339/GM, de novembro de 1999, ou outra vigente a época, do Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

- I. consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- II. procedimentos preventivos, de dentística 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** ou pela rede contratada indiretamente (nas localidades onde há insuficiência de prestadores diretamente contratados pela Fundação), na acomodação contratada, ao beneficiário será garantido o acesso à acomodação em nível superior à originariamente prevista, com ônus adicional para a **ASSEFAZ**, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

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

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

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

médico, hospital ou prestador.

I. Caso o beneficiário não cumpra com o pagamento dos valores complementares, esses serão cobrados do beneficiário titular do plano de saúde, na condição de responsável financeiro do contrato.

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

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

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

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 o início da vigência da assinatura da Proposta de Adesão ao Convênio do beneficiário conveniado aos Planos de Saúde da ofertados pela **ASSEFAZ**, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

I. casos de emergência: situações que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II. casos de urgência: situações decorrentes de acidentes pessoais ou complicações na gravidez, com necessidade de atendimento rápido, mas sem risco de morte iminente.

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REEMBOLSO

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

Parágrafo único - O reembolso das despesas realizadas de atendimentos eletivos, quando não optado pela

Rede Credenciada disponibilizada pela **ASSEFAZ**, dar-se-á nos moldes e limites apresentados nos respectivos regulamentos dos planos.

CLÁUSULA OITAVA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a)** emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b)** é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- c)** não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*).

II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III. inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento;

VI. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, importados, não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VII. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado os, disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12; da lei 9656/98, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos vigente;

VIII. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

IX. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

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 dos medicamentos previstos nos incisos IX e X do art. 18, e ressalvado o disposto no art. 13 todos da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 465 DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021.

XIV. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do

Ministério da Saúde - CONITEC;

- XV.** estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XVI.** atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou durante o cumprimento das carências;
- XVII.** procedimentos fora do Rol de Procedimentos e Eventos em saúde constantes na legislação vigente;
- XVIII.** procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do Brasil;
- XIX.** medicamento de manutenção para os transplantes;
- XX.** acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais;
- XXI.** despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;
- XXII.** despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXIII.** estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXIV.** cirurgia para mudança de sexo;
- XXV.** avaliação pedagógica;
- XXVI.** orientações vocacionais;
- XXVII.** especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXVIII.** qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXIX.** remoção domiciliar, exceto os serviços disponibilizados à critério da operadora;
- XXX.** exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXI.** procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- XXXII.** fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXIII.** tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXIV.** todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXV.** próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;
- 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 – Na segmentação ambulatorial, são excluídos os seguintes procedimentos:

I. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II. quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III. embolizações.

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

CLÁUSULA NONA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

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

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

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

Parágrafo quinto – Para internação psiquiátrica, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, para cada ano de contrato, independentemente se utilizado pelo beneficiário titular, por seus dependentes e grupo familiar definido, será cobrado o valor da coparticipação hospitalar de acordo com a tabela vigente, disponibilizada para o PATROCINADOR.

Parágrafo sexto – Para tratamentos de transtornos psiquiátricos em regime de hospital-dia, será cobrado o valor da coparticipação hospitalar de acordo com a tabela vigente, disponibilizada para o PATROCINADOR.

Parágrafo sétimo – Caso o valor mensal a ser suportado pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes e agregados/grupo familiar 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, e suas atualizações, neste instrumento tendo em vista não operacionalizar-se qualquer mecanismo de direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

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

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

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

II. A autorização para as internações hospitalares, cirurgias ambulatoriais, diálise de qualquer natureza,

quimioterapia e radioterapia, sessões de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional, deverão ser solicitadas diretamente, pelo prestador à **ASSEFAZ**.

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

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

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

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

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

Parágrafo décimo quinto – Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o Art. 17 da Lei 9.656/98 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 – Excetua-se do previsto no parágrafo anterior os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando a **ASSEFAZ** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA COPARTICIPAÇÃO (PREVISTA NO PLANO ASSEFAZ JADE PALMAS/TO EMPRESARIAL)

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO CUSTEIO PELO PATROCINADOR

A participação mensal do **PATROCINADOR** para custeio do plano de saúde contratado, escolhido pelo

servidor titular se dará de acordo com a Resolução Administrativa TCE/PLENO nº 5, de 22 de março de 2023, que instituiu o benefício do auxílio-saúde como forma de assistência indireta e suplementar à saúde no âmbito deste Tribunal de Contas, sendo os valores calculados com base no valor da *per capita* estabelecida no normativo que definiu a cota de patrocínio aos servidores.

Parágrafo primeiro – Órgão **PATROCINADOR** é a instituição pública que participa parcialmente do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

Parágrafo segundo – Para que o servidor vinculado ao **PATROCINADOR** conveniado seja elegível e tenha condições de aderir e incluir seus dependentes e agregados nos planos de saúde da **ASSEFAZ**, não basta a vinculação administrativa com o **PATROCINADOR**, faz-se obrigatório que a instituição pública a qual o servidor mantém vínculo ativo, seja responsável pelo repasse do custeio, per capita, diretamente para o servidor.

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

Parágrafo quarto – A participação *per capita* de responsabilidade do **PATROCINADOR** será repassada diretamente para o servidor beneficiário, com base em listagem encaminhada pelo setor financeiro da **ASSEFAZ**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

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

CLÁUSULA DECIMA QUINTA – DA RETIRADA DO PATROCINADOR

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

I. por requerimento do **PATROCINADOR**;

II. por extinção do **PATROCINADOR**, inclusive por transformação, fusão ou incorporação a outro órgão, que não figure como **PATROCINADOR** da **ASSEFAZ**;

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

IV. por decisão da **ASSEFAZ**, respeitados os critérios estabelecidos no artigo 23 da RN N.º 557/22 da ANS.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO CUSTEIO PELO BENEFICIÁRIO

A participação financeira mensal dos beneficiários, para contribuição do plano de saúde será composta pelo valor de coparticipação (se houver), *per capita* do patrocinador e contribuição do beneficiário, calculadas com base na distribuição dos beneficiários conveniados por faixa etária, previstos na tabela de preços do plano contratado, vigentes e disponíveis no departamento de recursos humanos do órgão **PATROCINADOR** e nos canais de atendimento da **ASSEFAZ**.

Parágrafo primeiro – O valor da contraprestação pecuniária mensal devida ao servidor/membro, referente a contribuição do plano de saúde dos beneficiários é preestabelecido, com pagamento antes da

utilização das coberturas e será cobrada, preferencialmente, mediante boleto bancário ou débito em conta corrente (para correntistas do Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal).

Parágrafo segundo – 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 terceiro – O titular, além de se responsabilizar financeiramente pelo custeio de seu próprio plano, também assumirá a responsabilidade financeira pelo custeio do plano dos seus dependentes diretos.

Parágrafo quarto – Dependentes direto são aqueles beneficiários vinculados ao titular que fazem jus ao recebimento do custeio patronal de assistência à saúde e agregados são todos aqueles que não se classificam como dependentes diretos ou pensionistas.

Parágrafo quinto – Os pensionistas e dependentes agregados possuem responsabilidade própria e total pelo custeio de seus planos, cabendo a eles escolher a forma de pagamento, dentre as opções previstas no parágrafo primeiro desta cláusula.

Parágrafo sexto – Os beneficiários titulares, além das responsabilidades financeiras já citadas nesta cláusula, também possuem responsabilidade solidária em relação ao pagamento do custeio do plano de seus dependentes agregados, podendo, inclusive, serem acionados judicialmente e extrajudicialmente, por motivo de inadimplência daqueles.

Parágrafo sétimo – Nas hipóteses de atraso no pagamento da mensalidade devem ser observadas as disposições da Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, regulamentos dos planos, bem como as normas da ANS, sobre notificação e cancelamento do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS REAJUSTES

Conforme preconizado em legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, com base em estudos atuariais e fórmulas definidas em normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na data de aniversário da assinatura do convênio firmado com o órgão **PATROCINADOR**.

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 **PATROCINADOR**, 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 – 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 data de aniversário do convênio.

Parágrafo quarto – Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do convênio que 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 quinto – Ficarão disponíveis, no endereço eletrônico da **ASSEFAZ**, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento dos convênios, as informações dos convênios que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

Parágrafo sétimo – 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 Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

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

Parágrafo nono – Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado convênio.

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

Parágrafo décimo primeiro – O índice de reajuste anual de cada Plano será submetido pela Diretoria-Executiva da ASSEFAZ ao Conselho Deliberativo da ASSEFAZ, conforme rege o Estatuto da ASSEFAZ, para aprovação e após aplicado será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em atenção a legislação vigente.

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – FAIXAS ETÁRIAS

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

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

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

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:

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA 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, estadual ou municipal, por intermédio da rede de serviços contratados;

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

III. fornecer em meio digital, o Cartão de Identificação aos beneficiários conveniados do Plano de Saúde;

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

V. disponibilizar ao **PATROCINADOR**, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes no site da **ASSEFAZ**;

VI. designar setor responsável pelo relacionamento com o **PATROCINADOR**;

VII. Ficar a cargo da gestão e atenção sobre o tratamento dos dados pessoais dos servidores beneficiários, inclusive por meios digitais, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e privacidade, conforme dispõe a lei N.º 13.709, de 14 de agosto de 2018.

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

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

I. será disponibilizada no endereço eletrônico da **ASSEFAZ**, a rede de serviços garantidos, especificamente para o plano escolhido pelo beneficiário administrado pela **ASSEFAZ**, com atualização periódica;

II. em caso de rescisão de credenciamento com prestador de serviço da rede hospitalar vinculado ao plano, na forma da legislação vigente, após autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a **ASSEFAZ**, comunicará aos beneficiários do plano informando da alteração procedida.

III. a **ASSEFAZ** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados em rede credenciada diversa da prevista para o plano escolhido pelo beneficiário, salvo os casos descritos em lei ou em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO PATROCINADOR

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

I. indicar um servidor/setor do **PATROCINADOR** para ser o responsável pela gestão deste convênio com a **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 quantitativo de servidores ativos, inativos e pensionistas aptos a inscreverem-se nos Planos de

Saúde, caso solicitado pela **ASSEFAZ**;

IV. Informar, mensalmente à **ASSEFAZ** os beneficiários titulares que forem excluídos da cobertura patronal (exonerados sem justa causa);

V. Informar se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração, qualquer outro afastamento legal, falecimento ou aposentadoria;

VI. Informar se o beneficiário demitido ou exonerado se enquadra no disposto do artigo 22 da Resolução Normativa - RN Nº 488, de 29 de março de 2022;

VII. Informar se os beneficiários descritos no inciso V contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

VIII. Informar por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

IX. Informar, inequivocamente ao ex-servidor demitido ou, afastado legalmente, dependentes de titular falecido ou aposentado o direito à manutenção da condição de beneficiário, atentando-se ao prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da comunicação inequívoca feita pelo **PATROCINADOR**;

X. Informar se o ex-servidor exonerado ou demitido, afastado legalmente, dependentes de titular falecido ou aposentado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição;

XI. Informar e comprovar o envio da comunicação inequívoca aos servidores demitidos ou exonerados sem justa causa, afastado legalmente, dependentes de titular falecido ou aposentados, condição indispensável para que a **ASSEFAZ** aceite e cumpra a efetivação dos pedidos de exclusão de beneficiários;

XII. divulgar em âmbito institucional, nos meios de comunicação disponíveis ao **PATROCINADOR**, as campanhas, informações e orientações sobre os planos de saúde e demais benefícios ofertados pela **ASSEFAZ**;

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

XIV. disponibilizar espaço físico e meios de comunicação internos para a promoção de campanhas preventivas que visem à saúde física e mental dos servidores;

XV. enviar, sob os custos da **ASSEFAZ**, quando necessário, correspondência da **ASSEFAZ** aos endereços cadastrados dos servidores perante departamento de recursos humanos do **PATROCINADOR**, caso o cadastro dele esteja desatualizado ou haja dificuldade na localização do beneficiário pela **ASSEFAZ**;

XVI. apoiar as ações necessárias à prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados o dispostos no Art. 35-F da Lei Federal nº 9.656/98, com a disponibilização de espaço físico para realização das ações de saúde em favor de seus patrocinados e grupo familiar. Assim como, autorizar seus patrocinados a participar das ações de promoção e prevenção realizadas pela **ASSEFAZ** nas suas dependências

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – 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 dos serviços 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 definido, cônjuge, companheiro(a) de união estável, filhos e enteados (incluindo criança ou adolescente sob guarda ou tutela).

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA DENÚNCIA/ RESCISÃO

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

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA GESTÃO PARTICIPATIVA

O PATROCINADOR participará da administração da ASSEFAZ na forma definida em seu Estatuto e Regimento, que prevê assento no Conselho Deliberativo, de dois representantes, titular e suplente, 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 – Cada candidato deverá encaminhar seu currículo profissional e cada PATROCINADOR terá direito a um voto. Os dois candidatos mais votados serão, respectivamente, titular e suplente.

Parágrafo segundo – O processo de seleção e eleição para representantes dos órgãos PATROCINADORES da ASSEFAZ, obedecerá ao disposto no Estatuto e Regimento da ASSEFAZ.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA GESTÃO DO CONVÊNIO

A gestão do presente Convênio será exercida pela **Coordenação de Convênios de Patrocínio** da ASSEFAZ, e pelo setor indicado pelo PATROCINADOR, que têm como responsabilidade a observância do seu bom andamento e resolução de possíveis falhas que, porventura, possam existir durante a vigência deste instrumento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DO SIGILO E DA CONFIDENCIALIDADE

As PARTES se obrigam a manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação a que tiverem acesso em razão da prestação dos serviços objeto deste contrato. Para tanto, declaram e se comprometem:

I. A manter sigilo, tanto escrito como verbal, ou, por qualquer outra forma, de todos os dados, informações científicas e técnicas e, sobre todos os materiais obtidos com sua participação, podendo incluir, mas não se limitando a: técnicas, cópias, diagramas, modelos, fluxogramas, programas de computador, pen drives, processos, projetos, dentre outros;

II. A não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros, de dados, informações ou materiais obtidos com sua participação, sem prévia análise da outra PARTE sobre a possibilidade de proteção, nos órgãos especializados, dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação; e

III. A não tomar, sem autorização da outra PARTE, qualquer medida com vistas a obter para si ou para terceiros, os direitos de propriedade intelectual relativos às informações sigilosas a que tenham acesso.

Parágrafo primeiro – Serão consideradas confidenciais todas as informações, transmitidas por meios escritos, eletrônicos, verbais ou quaisquer outros e de qualquer natureza, incluindo, mas não se limitando a: técnicas, especificações, cópias, modelos, fluxogramas, croquis, software, mídias, contratos, planos de negócios, propostas comerciais, processos, tabelas, projetos, dados pessoais, resultados de pesquisas, financeiras, comerciais, dentro outros.

Parágrafo segundo – Serão, ainda, consideradas informações confidenciais todas aquelas que assim forem identificadas pela PARTE REVELADORA, por meio de legendas ou quaisquer outras marcações, ou que, devido às circunstâncias da revelação ou à própria natureza da informação, devam ser consideradas confidenciais ou de propriedade desta.

Parágrafo terceiro – Em caso de dúvida sobre a confidencialidade de determinada informação, a PARTE RECEPTORA deverá mantê-la em absoluto sigilo, até que a PARTE REVELADORA se manifeste expressamente a respeito.

Parágrafo quarto – Em caso de qualquer falha na segurança das informações confidenciais, a PARTE RECEPTORA deverá comunicar imediatamente à PARTE REVELADORA. A pronta comunicação da PARTE RECEPTORA não exclui, entretanto, a sua responsabilização pelo defeito na proteção dos dados sigilosos.

Parágrafo quinto – O descumprimento da obrigação assumida em atendimento a esta cláusula dá à outra PARTE o direito de reaver perdas e danos que venha a sofrer em virtude da quebra de sigilo ou divulgação de documento confidencial, provocados direta ou indiretamente pela PARTE INFRATORA ou em decorrência da atuação de terceiro a ele vinculados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A ASSEFAZ, ao coletar dados pessoais dos servidores vinculados ao PATROCINADOR, objetiva exclusivamente a intenção de registrar no seu sistema de cadastro a condição de beneficiário de plano de saúde.

Parágrafo primeiro – A relação jurídica entre as PARTES, do ponto de vista da responsabilidade pela decisão referente ao tratamento de dados pessoais, conforme o Artigo 5º, inciso VI, da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), é de **CONTROLADORES INDEPENDENTES**, sendo o PATROCINADOR o controlador dos dados pessoais de seus servidores e a ASSEFAZ a controladora dos dados pessoais dos servidores enquanto beneficiários do plano de saúde.

Parágrafo segundo – Os dados pessoais dos beneficiários vinculados ao PATROCINADOR serão utilizados para prestar serviços de assistência à saúde, conforme a legislação aplicável, em especial a Lei Federal nº 9.656/1998, e as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Parágrafo terceiro – A ASSEFAZ, além da utilização dos dados prevista no parágrafo segundo, poderá utilizá-los para:

I. Responder demandas dos órgãos reguladores;

II. Responder demandas judiciais;

III. Atender solicitações do PATROCINADOR; e

IV. Atender solicitações do setor de Auditoria Interna da ASSEFAZ, bem como, para atender serviços de auditoria externa.

Parágrafo quarto – As PARTES declararam, por este Instrumento, por si, por seus representantes, colaboradores e por quaisquer terceiros que por sua determinação participem da prestação de serviços objeto desta relação, que cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, em especial a), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei N.º 13.709/2018), o Marco Civil da Internet (Lei Federal N.º 12.965/2014), e demais regulamentos e normas da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), assumindo as seguintes responsabilidades:

I. Limitar o acesso aos dados pessoais compartilhados, segundo os princípios elencados no Artigo 6º da

LGPD;

II. Manter o registro do tratamento dos dados pessoais decorrentes da prestação dos serviços previstos neste convênio;

III. Em caso de incidente de segurança que possa acarretar risco ou danos relevantes ao titular, a PARTE responsável pelo tratamento dos dados comunicará ao titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), em conformidade com o disposto no artigo 48 da LGPD, e comunicar à outra PARTE, no prazo máximo de 48h (quarenta e oito horas) úteis, mencionando no mínimo o seguinte:

- a) a descrição da natureza dos dados pessoais afetados;
- b) as informações sobre os titulares envolvidos;
- c) a indicação das medidas técnicas e de segurança utilizadas para a proteção dos dados, observados os segredos comerciais e industriais;
- d) os riscos relacionados ao incidente;
- e) os motivos da demora, no caso de a comunicação não ter sido imediata;
- f) as medidas que foram e serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo.

IV. Responder pelos danos que eventualmente causar, decorrente do descumprimento das instruções lícitas dadas entre as PARTES e/ou deste convênio, em relação às cláusulas da LGPD e demais legislações aplicáveis;

V. Confirmado o dano, a PARTE que o ocasionou deverá ressarcir a outra parte as despesas, honorários de advogados, custas processuais e eventuais pagamentos de indenização, efetivamente ocorridos em decorrência da possível violação;

VI. Fica certo e ajustado que nenhuma cláusula de limitação de responsabilidade que tenha sido pactuada entre as PARTES em outros contratos poderá ser invocada, no sentido de limitar o dever de indenização previsto neste convênio; e

VII. Qualquer omissão ou tolerância das partes em exigir o fiel cumprimento dos termos e condições tanto deste convênio como do plano de trabalho, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará o direito da PARTE de exigir seu cumprimento a qualquer tempo;

Parágrafo quinto – A ASSEFAZ, parte responsável pela prestação dos serviços que é objeto deste Instrumento Jurídico, e em conformidade com a LGPD, assume as seguintes responsabilidades:

I. fornecer ao **PATROCINADOR**, conforme previsto na cláusula das obrigações da ASSEFAZ, dados dos beneficiários, sempre que solicitado e que sejam suficientemente necessários ao escopo da prestação de serviços definido neste Instrumento e em conformidade com as regras previstas na LGPD;

II. garantir que o tratamento de dados pessoais seja restrito exclusivamente à execução do objeto deste convênio;

III. garantir a utilização de medidas de segurança técnicas e administrativas para a efetiva proteção dos dados pessoais, conforme o artigo 6º, inciso VII, e artigo 50, parágrafo 2º, inciso I, alínea “a”, da LGPD, permitindo, a qualquer tempo, a verificação do **PATROCINADOR**, por meio de auditorias ou solicitação de relatórios sobre estas medidas;

IV. os dados coletados permanecerão armazenados pelo prazo de vigência do presente convênio, e após, somente para atendimento aos prazos legais e regulatórios;

V. garantir que os dados que permanecerem armazenados para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, não poderão ser utilizados para finalidade diversa;

VI. se comprometer a apresentar relatório das atividades de tratamento dos dados pessoais, decorrentes da prestação dos serviços objeto do presente contrato, sempre que solicitado pelo **PATROCINADOR**, ou por qualquer autoridade reguladora que atue na proteção de dados pessoais, nos termos do artigo 5º, XVII, artigo 10, §3º e artigo 38 da LGPD.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

Parágrafo segundo – O direito de portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, será garantido nos termos da RN N.º 438 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais normas da referida agência.

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

Federal n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo quarto – O **PATROCINADOR** e a **ASSEFAZ** poderão firmar Termos de Cooperação Técnica, com o objetivo de implementar programas e parcerias que visem a realização de ações e pesquisas relacionadas à prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação, desde que observadas a viabilidade financeira dos projetos a serem implementados, devidamente registrada nos termos a serem firmados, conforme dispõe o artigo 35-F, da Lei Federal n.º 9.656, 3 de junho de 1998.

Parágrafo quinto – O plano de trabalho é parte integrante deste convênio e deve ser assinado juntamente com o este instrumento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – DA PUBLICAÇÃO

Caberá ao **PATROCINADOR** providenciar, como condição de eficácia, a publicação deste Convênio em extrato no Boletim Oficial deste Tribunal de Contas.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA – DO FORO

Fica eleito o foro de Palmas-TO, 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.

Palmas-TO, 21 de janeiro de 2026.

ALBERTO SEVILHA

Presidente do TCE-TO

GILDENORA BATISTA DANTAS

Diretora-Presidente

LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA

Diretora de Saúde

TESTEMUNHAS:



Documento assinado eletronicamente por **ALBERTO SEVILHA, PRESIDENTE**, em 21/01/2026, às 08:23, conforme art. 4º da Resolução Administrativa TCE/TO nº 001, de 15 de outubro de 2014.



Documento assinado eletronicamente por **GILDENORA BATISTA DANTAS, Usuário Externo**, em 21/01/2026, às 14:09, conforme art. 4º da Resolução Administrativa TCE/TO nº 001, de 15 de outubro de 2014.



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Souza da Silveira, Usuário Externo**, em 22/01/2026, às 16:37, conforme art. 4º da Resolução Administrativa TCE/TO nº 001, de 15 de outubro de 2014.



Documento assinado eletronicamente por **Keila Gonçalves de Magalhães, Testemunha**, em 23/01/2026, às 08:35, conforme art. 4º da Resolução Administrativa TCE/TO nº 001, de 15 de outubro de 2014.



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Pereira da Silva, Testemunha**, em 23/01/2026, às 08:36, conforme art. 4º da Resolução Administrativa TCE/TO nº 001, de 15 de outubro de 2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.tceto.tc.br/sei/processos/verifica.php> informando o código verificador **0947167** e o código CRC **64E10ECC**.
