



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

**CONVÊNIO DE PATROCÍNIO
QUE ENTRE SI CELEBRAM O
TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO
FEDERAL E A FUNDAÇÃO
ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO
MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ.**

O **TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL (TCDF)**, com sede na Praça do Buriti s/nº - Palácio Costa e Silva, Brasília (DF), CEP 70075-901, CNPJ/MF nº 00.534.560/0001-26, representado por sua Presidente, na forma de seu Regimento Interno, doravante denominado **PATROCINADOR**, e, do outro lado, a **FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA (ASSEFAZ)**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, que opera planos privados de assistência à saúde, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n. 34.692-6, classificada na modalidade Autogestão sem mantenedor, multipatrocinada, CNPJ Nº 00.628.107/0001-89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício ASSEFAZ, Brasília, Distrito Federal, doravante denominada **ASSEFAZ**, neste ato representada por seu Presidente, Senhor Hélio Bernades, Carteira de Identidade nº 288.665-SSP/GO e do CPF 166.418.171-72, nomeado pela Resolução nº 044, de 1º de outubro de 2009, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE PATROCÍNIO**, com fulcro no **art. 271, da Lei Complementar DF nº 840, de 23 de dezembro de 2011, observada a Resolução nº 199/09, alterada pela Resolução nº 210/10**, bem como à Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber, à Resolução Normativa/ANS/nº 137 e Resolução Normativa/ANS/nº 148, de 2007, à Resolução Normativa/ANS/nº 195 e suas alterações e à Portaria Normativa/MP/SRH/ nº 05 de 11 de outubro de 2010, bem como ao Estatuto e Regulamentos da **ASSEFAZ**, conforme Processo nº 921/2001, na forma das cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Convênio de Patrocínio tem por objeto proporcionar aos servidores do **PATROCINADOR**, ativos ou inativos, e seus respectivos grupos familiares definidos, bem como aos pensionistas, **como suporte e apoio aos procedimentos relativos à consignação em folha de pagamento**, a possibilidade de ingresso nos Planos de Saúde da **FUNDAÇÃO ASSEFAZ** denominados **ASSEFAZ RUBI** (registro ANS 466490126), **ASSEFAZ DIAMANTE** (registro na ANS 466498121), **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO** (registro na ANS 466489122), **ASSEFAZ ESMERALDA ENFERMARIA** (registro na ANS 466499120), **ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO** (registro na ANS 466500127) ou **ASSEFAZ SAFIRA ENFERMARIA** (registro na ANS 466491124), com adesão espontânea e opcional.



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Parágrafo primeiro – Os Planos de Saúde a serem ofertados no presente convênio na modalidade coletiva empresarial, definida pela Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de junho de 2009, e suas posteriores alterações, deverão seguir todas as disposições da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, e suas posteriores alterações, não podendo haver a oferta de Planos em desconformidade com o referido diploma legal. Os planos ofertados deverão estar registrados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo segundo – Os servidores do **PATROCINADOR** contratantes de Planos de Saúde da **FUNDAÇÃO ASSEFAZ** em desconformidade com a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, e demais dispositivos legais e as Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deverão ser transferidos para os planos correspondentes ofertados no presente Convênio.

Parágrafo terceiro - Não estão cobertos pelos Planos de Saúde da **ASSEFAZ** os exames periódicos, admissionais, demissionais ou equivalentes, e os procedimentos decorrentes de acidente em serviço ou do trabalho.

Parágrafo quarto – O **PATROCINADOR** e a **ASSEFAZ** poderão firmar Termos de Cooperação Técnica, com o objetivo de implementar programas e parcerias que visem à realização de ações e pesquisas relacionadas à prevenção da doença, promoção da saúde e recuperação e reabilitação, desde que observada a viabilidade financeira dos projetos a serem implementados, devidamente registrada nos termos a serem firmados.

Parágrafo quinto – Poderão ser ofertados novos planos de saúde ou serviços disponibilizados pela ASSEFAZ, além dos inicialmente disponibilizados no presente Convênio, mediante a assinatura de Termo Aditivo com essa finalidade.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA POSSIBILIDADE DE INGRESSO E MANUTENÇÃO DOS MEMBROS CONVENIADOS EM PLANO DIFERENCIADO

O servidor, ativo e inativo, e os pensionistas vinculados ao **PATROCINADOR** poderão optar por qualquer plano de saúde da ASSEFAZ, considerando que todos estão em conformidade com a Portaria nº 05/10 MPOG e com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS MEMBROS BENEFICIÁRIOS/CONVENIADOS

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



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

- I- o servidor ou empregado ativo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício com o **PATROCINADOR**;
- II- o servidor ou empregado inativo, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento do **PATROCINADOR**;
- III- o ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com o **PATROCINADOR**, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo;
- IV- o pensionista, enquanto permanecer na folha de pagamento do **PATROCINADOR**.

Parágrafo segundo - Poderão ser inscritos como dependentes do titular nos Planos de Saúde **ASSEFAZ**:

- I- o cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
- II- companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- III- a pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente;
- IV- os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- V- os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- VI- o menor, sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos "IV" e "V".
- VII- o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco, consanguíneo e/ou parentesco por afinidade.

Parágrafo terceiro - A existência de dependente constante nos incisos I e II do parágrafo anterior inibe a possibilidade de inscrição do dependente constante do inciso III do mesmo parágrafo, salvo por decisão judicial.

Parágrafo quarto - Os pensionistas poderão aderir aos Planos de Saúde da **ASSEFAZ** mediante opção a ser efetivada junto ao **PATROCINADOR**, observando-se que não será exigida carência, no mesmo plano, se a inscrição for efetivada no prazo de 30 (trinta) dias após o óbito do titular.

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

CLÁUSULA QUARTA - DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

Parágrafo primeiro – Os Planos de Saúde ofertados pela Assefaz contemplarão a assistência médica ambulatorial, hospitalar, psicológica e farmacêutica na internação,



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão enfermagem ou apartamento, conforme o plano escolhido pelo titular, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Parágrafo segundo - Os Planos de Saúde ofertados cobrem os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, conforme definido no Rol de Procedimentos da ANS vigente à data do procedimento.

Parágrafo terceiro - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no parágrafo primeiro, observadas as seguintes coberturas:

- I - Consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo *Conselho Federal de Medicina (CFM)*.
- II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
- III - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na *Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)*, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- IV - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no referido Rol.
- V - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no referido Rol.
- VI - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VII - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - a) Atividades educacionais;
 - b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - c) Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo.
- VIII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia etc.) ambulatorial;
 - d) Hemoterapia ambulatorial;
 - e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, conforme Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

- IX - O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- X - A psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência com quantidade limitada, de acordo com o referido Rol, **por ano de contrato** - sempre entendido como sendo cada período de **12** (doze) meses de vigência deste instrumento jurídico celebrado - não cumulativas e necessitando de autorização prévia da **CONTRATADA**.

Parágrafo quarto - A cobertura hospitalar será feita em acomodação coletiva (Enfermaria) ou apartamento conforme o plano escolhido pelo titular e compreende os atendimentos em unidade hospitalar, definidos e listados no parágrafo primeiro desta cláusula, 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;
- I- internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- II- diária de internação hospitalar;
- III- despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- IV- 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;
- V- taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- VI- acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do membro conveniado menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- VII- cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- VIII- cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;
- IX- órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

- X- procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- XI- assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- XII- procedimentos especiais prescritos pelo médico assistente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação, aqui considerados e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b) quimioterapia;
 - c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia de alta dosagem;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição enteral e parenteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) embolizações e radiologia intervencionista;
 - h) consulta prévia com anestesista e exames decorrentes;
 - i) fisioterapia;
 - j) acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim e demais casos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, exceto medicação de manutenção, observados os protocolos de diretrizes de utilização e diretrizes clínicas.
- XIII- cobertura de transplantes de córnea e de rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados:
 - a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Parágrafo quinto - O membro conveniado 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, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998;

Parágrafo sexto - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela **ASSEFAZ** em acomodação coletiva, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior a prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

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

Parágrafo oitavo - O membro conveniado poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da **ASSEFAZ**, exclusivamente para o atendimento decorrente de procedimentos cobertos. Ao utilizar a rede contratada, o membro conveniado não fará qualquer desembolso, cabendo à **ASSEFAZ** efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do titular.

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

Parágrafo décimo - Na hipótese de o membro conveniado optar por acomodação hospitalar superior à Enfermaria (acomodação coletiva), quando o plano escolhido pelo titular foi por esta opção, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e despesas hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

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

CLÁUSULA QUINTA – DAS EXCLUSÕES

Parágrafo primeiro - Estão excluídos de cobertura os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Convênio e os provenientes de:

- I- tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II- atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;



**ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA**

- III- procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- IV- cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- V- inseminação artificial;
- VI- tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VII- tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- VIII- transplantes, à exceção de córnea e rim;
- IX- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- X- fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- XI- fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- XII- tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIII- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV- aplicação de vacinas preventivas;
- XV- necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVI- aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- XVII- aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XVIII- procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XIX- consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XX- procedimentos odontológicos, salvo para o Plano **ASSEFAZ DIAMANTE**, que tem cobertura mínima obrigatória definida pelo Rol de Procedimentos da ANS;
- XXI- exames admissionais, demissionais e periódicos.

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

CLÁUSULA SEXTA – DA ASSISTÊNCIA FARMACOLÓGICA (PREVISTA APENAS NOS PRODUTOS ASSEFAZ DIAMANTE E ASSEFAZ RUBI)

Parágrafo primeiro - Nos Contratos que ofertarem o referido benefício, o contratante fará jus ao reembolso de 50% das despesas efetuadas com aquisição de medicamentos alopáticos, homeopáticos e manipulados, desde que cobertos por este contrato.



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Parágrafo segundo - Para se habilitar ao reembolso, deverá apresentar à Assefaz os seguintes documentos originais e sem rasuras:

- a) Receita médica;
- b) Nota fiscal; e
- c) Relatório médico, quando necessário.

I - O receituário apresentado deverá obrigatoriamente conter:

- a) Nome completo do paciente;
- b) Identificação do profissional assistente (nome, assinatura, CRM ou CRO legível e especialidade do profissional, sob qualquer forma de impressão);
- c) Data do atendimento (dia, mês e ano);
- d) Identificação dos produtos prescritos;
- e) Posologia; e
- f) Duração do tratamento (período de tempo durante o qual o medicamento deverá ser utilizado).

II - A nota fiscal deverá estar obrigatoriamente preenchida com as seguintes informações:

- a) Nome e quantidade dos produtos adquiridos;
- b) Valor pago por cada produto adquirido;
- c) Valor total pago; e
- d) Data da compra.

III - A Assefaz somente aceitará a prescrição de medicamentos compatíveis com a especialidade do médico que assina a receita.

1. Serão acatadas receitas de médicos pediatras para usuários com até 18 anos incompletos.
2. Serão acatadas receitas de médicos geriatras para usuários maiores de 60 anos.
3. Serão acatadas receitas emitidas por dentistas para as seguintes classes de medicamentos:
 - Analgésicos
 - Anti-inflamatórios; e
 - Antibióticos.

IV - O prazo máximo para a solicitação do reembolso de medicamentos é de 60 (sessenta) dias, a contar da data de aquisição do produto.

V - Não será concedido reembolso quando a compra dos medicamentos for efetuada após 30 (trinta) dias, contados a partir da data da prescrição médica.

VI - O reembolso deverá ser efetuado pela Assefaz em no máximo 30 (trinta) dias após o recebimento da solicitação de reembolso, desde que apresentada toda a documentação e obedecidas às especificações desta cláusula.



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

VII - As solicitações de reembolso serão analisadas técnica e administrativamente pela Assefaz, que efetuará, dentro do prazo previsto no inciso sexto acima, o pagamento da parte do processo considerada pertinente. Havendo indeferimento total ou parcial, será emitido documento ao beneficiário, informando sobre os motivos da glosa.

VIII - O beneficiário terá direito de recorrer da glosa. Para tanto, deverá apresentar novos argumentos ou documentos que possam alterar a análise do processo ou esclarecer as dúvidas existentes. O beneficiário terá 30 dias corridos para apresentar o recurso de glosa, a contar do recebimento do documento citado no inciso sétimo acima. Findo este período sem que tenha sido apresentado recurso, as glosas serão consideradas aceitas, não cabendo mais recurso com vistas à reanálise do processo.

IX - Recebido o recurso de glosa, a Assefaz terá 30 dias corridos para reanalisar o processo à luz dos novos argumentos e/ou da nova documentação apresentada pelo beneficiário. Dentro desse prazo, efetuar o pagamento da parte do processo considerada pertinente e/ou disponibilizar ao beneficiário novo relatório de indeferimento. Findo este período sem que tenha sido apreciado o recurso, este será considerado integralmente acatado, devendo ser quitado durante a semana subsequente.

Parágrafo terceiro – Serão excluídos de cobertura os medicamentos e produtos enquadrados nos seguintes grupos:

- a) Produtos sem registro na ANVISA;
- b) Produtos indicados para procedimentos e ou patologias sem cobertura contratual;
- c) Cosméticos, à exceção daqueles previstos no item 11.8.3;
- d) Produtos dietéticos;
- e) Produtos odontológicos (com exceção dos estabelecidos no item 9.7);
- f) Medicamentos de uso exclusivo hospitalar;
- g) Medicamentos registrados na ANVISA, como nutrientes e produtos alimentares;
- h) Complexos vitamínicos e sais minerais, com exceção daqueles indicados para:
 - Tratamento da Insuficiência Renal Crônica;
 - Pós-operatório de artroplastia, no período máximo de 1 (um) ano, contado da data da cirurgia, mediante apresentação de resultados de exames;
 - Doenças da tireóide e paratireóide;
 - Desnutrição associada a terapias oncológicas;
 - Patologias Cardiológicas, em que há perda de potássio;
 - Tratamentos ortomoleculares
- i) Medicamentos para fins diagnósticos;
- j) Produtos em fase experimental;
- k) Produtos indicados para fins diversos, daqueles previstos em seu registro ANVISA;
- l) Produtos contraceptivos, anticoncepcionais e anovulatórios, com exceção dos casos previstos no item 11.6 da presente Norma;
- m) Produtos indicados para reposição hormonal à base de testosterona, exceto para pacientes prostatectomizados, ou pós-neoplasia de testículo.
- n) Vacina não reconhecida pelo órgão governamental e/ou sem registro na ANVISA;



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

- o) Vacinas disponíveis na rede pública, seus similares e outras que apresentem a mesma indicação médica;
- p) Imunoterapias e vacinas dessensibilizantes;
- q) Medicamentos Anti-Tabagistas.

CLÁUSULA SÉTIMA - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (PREVISTA APENAS NO PRODUTO ASSEFAZ DIAMANTE)

Parágrafo Primeiro – Este contrato oferece as coberturas para serviços odontológicos realizados em consultórios, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos, vigentes à época do evento, desde que prestados por clínicas de odontologia e por dentistas credenciados pela ASSEFAZ, devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia da jurisdição onde atuem, mediante apresentação da carteira de identificação do usuário e respeitados os prazos de carência e os limites estabelecidos neste contrato.

Parágrafo Segundo – Haverá ainda a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CLÁUSULA OITAVA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

Parágrafo segundo - 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 terceiro - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência contratual do membro conveniado aos Planos de Saúde da Assefaz, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do membro conveniado, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

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

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



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

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

I - quando não puder haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **ASSEFAZ** desse ônus;

II - caberá à **ASSEFAZ** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

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

IV - quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no Inciso II deste parágrafo, a **ASSEFAZ** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA NONA – DO REEMBOLSO

Parágrafo primeiro - Nos atendimentos de emergência ou urgência e nos atendimentos eletivos 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 das despesas decorrentes (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998), nos moldes e limites apresentados nos artigos seguintes.

Parágrafo segundo - O reembolso das despesas realizadas nos atendimentos de urgência e emergência será da seguinte forma:

I - Nos casos das consultas, será reembolsado o valor da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5ª Edição, sem a utilização de bandas, independente do valor pago pelo beneficiário, sendo reembolsado integralmente nos casos em que não houver rede de cobertura no local.

Parágrafo terceiro - As tabelas a serem utilizadas para o cálculo do valor de reembolso de procedimentos será a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5ª Edição, sem a utilização de bandas.



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

I - As tabelas a serem utilizadas para o reembolso estarão disponíveis no sítio da ASSEFAZ (www.assefaz.org.br), bem como nas Gerências Regionais da Assefaz para consulta dos beneficiários.

II - Qualquer dúvida referente ao método de reembolso poderá ser sanada por meio do sítio da Fundação (www.assefaz.org.br), ou pelas Gerências Estaduais ou Locais.

III - O reembolso obedecerá à tabela de honorários médicos praticada pela gerência onde o beneficiário foi atendido, não podendo ultrapassar, em hipótese nenhuma, os valores registrados na Nota Fiscal e pagos pelo beneficiário.

IV - O pagamento do reembolso de procedimentos obedecerá aos valores praticados na gerência em que o beneficiário foi atendido e realizou o serviço médico hospitalar.

Parágrafo quarto - A análise para o reembolso previsto nos termos deste regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico e CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;
- b) Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por nota fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;
- c) Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

I - Para os dependentes, os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o beneficiário titular.

II - Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais, devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

III - Em nenhuma hipótese a **ASSEFAZ** aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

IV - Após a aceitação dos documentos apresentados e a comprovação do evento e das despesas, por intermédio de auditoria médica, o pagamento do reembolso das despesas será efetuado em até 30 (trinta) dias.

V - Para que o reembolso seja efetivado, o beneficiário deverá caracterizar perfeitamente o evento, mediante documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento.

VI - O valor do reembolso não será inferior ao valor constante nas tabelas utilizadas para os procedimentos médico-hospitalares, conforme prescreve o inciso IX, artigo 2º, Resolução CONSU 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução CONSU 15/1998).

VII - Caso o custo real das despesas seja inferior ao valor fixado na Tabela ou ao valor praticado pela rede credenciada, o reembolso será efetuado no valor efetivamente pago.

VIII - A **ASSEFAZ** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário titular e/ou dependente.

IX - Os reajustes dos valores de reembolso serão de acordo com a edição da tabela vigente naquele Estado.



CLÁUSULA DÉCIMA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

Parágrafo segundo - A avaliação da autorização dos procedimentos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência e emergência, sendo facultada à **ASSEFAZ** a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Parágrafo terceiro - O prazo estabelecido no parágrafo primeiro passará a contar a partir do recebimento, pela **ASSEFAZ**, dos laudos e documentos solicitados.

Parágrafo quarto - Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo membro conveniado, por médico da **ASSEFAZ** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **ASSEFAZ**.

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

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

Parágrafo sétimo - A coparticipação sobre a utilização dos serviços será faturada e cobrada juntamente com a mensalidade paga pelo titular ou pensionista.

Parágrafo Oitavo - Será de responsabilidade do TITULAR o pagamento da coparticipação relativa aos atendimentos realizados em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, juntamente com a mensalidade do plano de saúde. O atraso no pagamento da coparticipação ocasionará a incidência de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.

Parágrafo nono - Será cobrada a coparticipação sobre todos os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial utilizados pelo TITULAR e seus DEPENDENTES inscritos no plano.



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Parágrafo décimo - O TITULAR assumirá o pagamento da coparticipação na proporção de 30% (trinta por cento) do valor total das despesas correspondentes aos procedimentos realizados, toda vez que ele ou seu DEPENDENTE utilizar a assistência médica ambulatorial estabelecida nesse contrato.

Parágrafo décimo primeiro - O valor a ser cobrado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado a R\$ 186,14 (cento e oitenta e seis reais e quatorze centavos) por evento, independentemente se utilizado pelo TITULAR e ou por seus dependentes inscritos no plano, compreendidos todos os recursos necessários para sua realização.

Parágrafo décimo segundo - O pagamento a ser suportado pelo TITULAR, a título de coparticipação, estará limitado ao valor de R\$ 271,80 (duzentos e setenta e um reais e oitenta centavos) por mês.

Parágrafo décimo terceiro - Os valores acima citados serão reajustados anualmente, de acordo com o percentual definido para reajuste anual e recomposição dos custos de saúde.

Parágrafo décimo quarto - Será cobrada COPARTICIPAÇÃO HOSPITALAR no valor de R\$ 372,12 (trezentos e setenta e dois reais e doze centavos) por utilização de cada internação clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica, por período ininterrupto de internação, independentemente se utilizado pelo TITULAR e/ou por seus DEPENDENTES inscritos no plano.

Parágrafo décimo quinto - Quando as internações ocorrerem em modalidade de hospital-dia, até 12 horas, será cobrada a coparticipação na proporção de 50% (cinquenta por cento) do valor estipulado nesta cláusula.

Parágrafo décimo sexto - Se o valor mensal a ser suportado pelo beneficiário e/ou seus dependentes superar os valores decorrentes dos parágrafos acima, o pagamento da diferença de coparticipação será realizada nos meses subsequentes, até que haja a efetiva quitação do débito.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REDE DE ATENDIMENTO

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

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



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

I - As guias devem ser devidamente preenchidas e assinadas pelo prestador, bem como pelo paciente, sob pena de devolução, anotando-se o CID e os demais códigos que as orientam.

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 à Central de Atendimento pelo prestador de serviço credenciado (médico, ambulatório, clínica e hospital).

III - A rotina para obtenção e emissão da resposta à solicitação médica, será efetuada no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, consoante prescreve o artigo 4º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98.

Parágrafo Terceiro - A ASSEFAZ reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante de sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quarto - É facultada à **ASSEFAZ** a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17º e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

I - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o *caput* deste artigo ocorrer por decisão da **ASSEFAZ**, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **ASSEFAZ**, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

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

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



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Parágrafo Sétimo - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Parágrafo Oitavo - Os cadastramentos e contratos com médicos, estabelecimentos hospitalares e laboratoriais serão organizados e propostos pelo Setor de Credenciamento da **ASSEFAZ**, após cuidadoso exame de seu currículo, não sendo permitida a admissão de profissionais que tenham sofrido punição por infração ao Código de Ética, observado o seguinte:

I - Os contratos serão firmados por tempo indeterminado, podendo ser cancelados mediante proposta do Setor de Credenciamento ou por deliberação da **ASSEFAZ**, respeitadas as estipulações contratuais e a legislação vigente;

II - Os credenciados deverão atender pessoalmente os beneficiários, ressalvada a hipótese de se tratar de pessoa jurídica, quando então os clínicos que a compuserem serão nominalmente identificados;

III - Não poderão cadastrar-se ou firmar convênios com o serviço entidades cujos proprietários participem da administração da **ASSEFAZ**, ou que possuam qualquer vínculo empregatício;

IV – Constitui-se obrigação do credenciado manter padrão técnico, de modo a assegurar a qualidade dos produtos e serviços.

Parágrafo Nono – 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, conforma art. 18, X, §2º, III – RN 211/11, alterada pela RN 262/11.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

Parágrafo Primeiro - O presente Convênio entrará em vigor na data de sua assinatura, com vigência de 60 (sessenta) meses, podendo ser renovado por sucessivos períodos mediante assinatura de termo aditivo, sendo facultado aos partícipes denunciá-lo a qualquer tempo, mediante simples aviso por escrito, com antecedência de no mínimo 30 (trinta) dias, o que implicará a sustação imediata do desconto em folha de pagamento do valor devido.

Parágrafo Segundo - O **PATROCINADOR** poderá, a qualquer tempo, cancelar as consignações efetivadas sem observar o prazo mencionado nesta Cláusula, nas hipóteses previstas na Resolução nº 199, de 12 de maio de 2009.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO DESCONTO EM FOLHA

Parágrafo Primeiro - A **ASSEFAZ** deverá encaminhar à Seção de Pagamento de Pessoal do **PATROCINADOR**, até o dia 30 (trinta) de cada mês, a relação dos valores a serem descontados dos consignados na folha de pagamento do mês subsequente.



ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Parágrafo Segundo - O **PATROCINADOR** compromete-se a repassar à **ASSEFAZ**, mensalmente, até o dia 30 (trinta) do mês subsequente, o valor total por ela informado no mês anterior, observadas as autorizações dos consignados, não sendo devida pelo **PATROCINADOR** nenhuma indenização à **ASSEFAZ**, em face de eventuais atrasos no repasse de créditos orçamentários, observado o disposto na Cláusula Décima deste Convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS AUTORIZAÇÕES PARA DESCONTO EM FOLHA

Parágrafo Primeiro - O **PATROCINADOR** compromete-se a efetuar o cálculo da margem consignável, observando os limites estabelecidos na Resolução nº 199/09, alterada pela Resolução nº 210/10 e a proceder as consignações em folha de pagamento de seus servidores e pensionistas.

Parágrafo Segundo - Ultrapassada a margem a que se refere o parágrafo anterior, em face da superveniente redução da remuneração do servidor ou da ocorrência de novos descontos compulsórios, poderá ser imediatamente suspensa a consignação em favor da **ASSEFAZ**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS COMUNICAÇÕES

Parágrafo Primeiro - Ocorrendo afastamento não remunerado ou exoneração do servidor, bem como falecimento do servidor ou do pensionista, caberá ao consignado ou aos seus sucessores comunicar o fato à **ASSEFAZ**.

Parágrafo Segundo - Em caso de eventual insuficiência da margem consignável prevista na Resolução nº 199/09, alterada pela Resolução nº 210/10, caberá ao consignado comunicar o fato à **ASSEFAZ**.

Parágrafo Terceiro - Todos os avisos, comunicações ou notificações inerentes a este Convênio devem ser feitos por escrito e serão válidos mediante o envio de carta registrada ou por notificação em cartório (opção dos partícipes), diretamente aos endereços constantes deste Convênio, ou aos que forem comunicados posteriormente à sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS RESPONSABILIDADES

Parágrafo primeiro - A consignação em folha de pagamento não implica co-responsabilidade do **PATROCINADOR** por dívidas ou compromissos de natureza pecuniária assumidos pelos consignados junto à **ASSEFAZ**.

Parágrafo segundo - O presente Convênio tem como objetivo fixar meras regras de colaboração entre os partícipes, não gerando quaisquer obrigações e/ou responsabilidades



**ASSEFAZ
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA**

de ordem patrimonial para o **PATROCINADOR**, no que tange ao cumprimento de suas cláusulas.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO

Parágrafo primeiro - O **PATROCINADOR** e a ASSEFAZ, nas suas relações entre si, ficam sujeitos ao foro privativo da Fazenda Pública, que detém competência absoluta para dirimir dúvidas ou controvérsias que possam resultar da execução do presente Convênio, com a renúncia expressa de qualquer outro.

Os partícipes declaram ter conhecimento e estar de acordo com as cláusulas deste Convênio e, por estarem justos e convencionados, firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor, para produção dos devidos e legais efeitos.

Brasília-DF, em de de 2012.

MARLI VINHADELI
Presidente/TCDF
PATROCINADOR

HÉLIO BERNADES
Presidente da Fundação ASSEFAZ

TESTEMUNHAS:

NOME
CPF
RG

NOME
CPF
RG