



**TERMO DE ADESÃO AO CONVÊNIO**  
**PRODUTO: ASSEFAZ SAFIRA EMPRESARIAL**  
**ABRANGENCIA GEOGRÁFICA: Nacional**  
**ACOMODação: Apartamento**  
**SEGMENTAÇÃO: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia**  
**MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO: Coletiva Empresarial**

## I. ADESÃO

Solicito minha adesão como Titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a Autogestão Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (ASSEFAZ) e o (a) \_\_\_\_\_, assim como a inscrição do (s) Dependente (s) e Agregado, se houver, relacionados nos itens III e IV neste Termo, respectivamente, especificamente para o plano **ASSEFAZ SAFIRA EMPRESARIAL**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **466.500/12-7** e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais na forma descrita no Item VI deste Termo.

## II - DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome da mãe completo sem abreviações \_\_\_\_\_

Nome do pai completo sem abreviações \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor/UF: \_\_\_\_\_ Data da Expedição: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Declaração de Nascido vivo nº \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Com.: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_ Nº Conta Corrente \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_ Operação (apenas CEF) \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Patrocinadora/Conveniada \_\_\_\_\_ Matrícula SIAPE \_\_\_\_\_

Data de Admissão \_\_\_\_\_ Lotação \_\_\_\_\_ Unidade pagadora \_\_\_\_\_

Situação: \_\_\_\_\_

Salário Base \_\_\_\_\_ Remuneração \_\_\_\_\_ Ref. Mês/Ano \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Endereço Comercial \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

III – DADOS DO DEPENDENTES DO TITULAR

Seq.:	Grau de Parentesco com o Titular			
Nome				Data de Nascimento:
CPF(*)	RG nº(*)	Órgão Expedidor/UF (*)	Data de emissão	Nº do Nascido Vivo
Cartão Nacional de Saúde	Estado Civil	Sexo:	Situação:	
Nome da mãe completo sem abreviações				
Nome do Pai completo sem abreviações				
Naturalidade:				UF:
Repetir titular:	Endereço			
Não				
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.:( )	Tel. Com.:( )	Celular: ( )		
E-mail				

---

Seq.:	Grau de Parentesco com o Titular			
Nome				Data de Nascimento:
CPF(*)	RG nº(*)	Órgão Expedidor/UF (*)	Data de emissão	Nº do Nascido Vivo
Cartão Nacional de Saúde	Estado Civil	Sexo:	Situação:	
Nome da mãe completo sem abreviações				
Nome do Pai completo sem abreviações				
Naturalidade:				UF:
Repetir titular:	Endereço			
Não				
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.:( )	Tel. Com.:( )	Celular: ( )		
E-mail				

---

Seq.:  Grau de Parentesco com o Titular

Nome  Data de Nascimento:

CPF(\*)  RG nº(\*)  Órgão Expedidor/UF (\*)  Data de emissão  Nº do Nascido Vivo

Cartão Nacional de Saúde  Estado Civil  Sexo:  Situação:

Nome da mãe completo sem abreviações

Nome do Pai completo sem abreviações

Naturalidade:  UF:

Repetir titular:  Endereço

Bairro  Cidade  UF  CEP

Tel. Res.: (  )  Tel. Com.: (  )  Celular: (  )

E-mail

---

Seq.:  Grau de Parentesco com o Titular

Nome  Data de Nascimento:

CPF(\*)  RG nº(\*)  Órgão Expedidor/UF (\*)  Data de emissão  Nº do Nascido Vivo

Cartão Nacional de Saúde  Estado Civil  Sexo:  Situação:

Nome da mãe completo sem abreviações

Nome do Pai completo sem abreviações

Naturalidade:  UF:

Repetir titular:  Endereço

Bairro  Cidade  UF  CEP

Tel. Res.: (  )  Tel. Com.: (  )  Celular: (  )

E-mail

---

## V – DA CARÊNCIA

É o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

### 1. Período de carências médicas

a) Até \_\_\_\_\_ (24 horas)

Para atendimentos de urgência e emergência.

b) Até \_\_\_\_\_ (30 dias)

Para consultas médicas e exames complementares básicos.

c) Até \_\_\_\_\_ (180 dias)

Para demais procedimentos, bem como para internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimento especiais.

d) Até \_\_\_\_\_ (300 dias)

Para partos a termo.

## VI – DO PAGAMENTO

Comprometo-me a pagar as contraprestações pecuniárias mensais para ASSEFAZ do plano **ASSEFAZ SAFIRA EMPRESARIAL**, relativa a minha inscrição e a do (s) meu (s) Dependente (s) relacionados no item III, e Agregado (Grupo Familiar) relacionado (s) no item IV neste Termo de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação, e assim

( ) Autorizo a Fundação Assefaz recolher o valor correspondente à mensalidade do(s) plano(s) ora aderido(s), neste termo de adesão mediante desconto em minha conta corrente no

( ) Banco do Brasil - **convênio 31.320** ( ) Caixa Econômica Federal - **convênio 939700**.

( ) Declaro que não sou correntista do Banco do Brasil nem da Caixa Econômica Federal, portanto, solicito que seja emitido Título de Cobrança Bancária para pagamento por Boleto bancário do valor correspondente à mensalidade do(s) plano(s) ora aderido(s).

## VII - AUTORIZAÇÃO DE DEBITO EM CONTA CORRENTE PARA A ASSEFAZ

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da ASSEFAZ.

2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela ASSEFAZ.

3. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.

4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias à ASSEFAZ.

Banco Nº \_\_\_\_\_ Agência Nº \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ Conta corrente Nº \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_ (apenas para C/C:CEF)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

## VIII - DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Declaro que recebi o Estatuto da Fundação, o Regulamento do plano **ASSEFAZ SAFIRA EMPRESARIAL** por mim contratado, incluindo a Guia de Leitura Contratual e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, cujo conteúdo tomei conhecimento, foram lidos, entendidos e aceitos plenamente suas condições;

## IX - DECLARAÇÕES DE CIÊNCIA

Declaro ter ciência de que a rede credenciada atualizada está disponível no site da Assefaz [www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br).

Declaro ter ciência de que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível pelo site [www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br).

Declaro ter ciência de que a Assefaz desenvolve programas de atenção integral à saúde e que a elegibilidade para esses programas depende da ocorrência de situações médicas específicas. Desse modo, autorizo o acesso da Assefaz aos resultados dos exames e tratamentos que vierem a ser cobertos por ela, com as finalidades únicas e exclusivas de verificar a elegibilidade e para o acompanhamento nos programas de saúde.

Declaro ter ciência de que todos os planos operados pela Assefaz são coletivos, sendo o contrato firmado entre a Assefaz e o órgão/entidade conveniada. Tal contrato é o instrumento que permite a adesão dos servidores/associados vinculados a estas instituições.

Declaro, ainda, ter conhecimento dos órgãos colegiados da Assefaz e de suas competências, bem como dos direitos e deveres dos membros beneficiários, constantes no Estatuto da Assefaz, disponível no site [www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br).

## X TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Comprometo-me a comunicar à ASSEFAZ qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meu (s) Dependentes inscrito (s) no plano **ASSEFAZ SAFIRA EMPRESARIAL**, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias à contar da data do evento, estando ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no Código Penal, caso não cumpra este compromisso;

II - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meu (s) Dependentes inscrito (s) e Agregado (Grupo Familiar), os períodos de carência estabelecidos no Regulamento do plano **ASSEFAZ SAFIRA EMPRESARIAL**, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

III - Manterei o meu endereço e de meus Dependentes e Agregado (Grupo Familiar) sempre atualizados junto a essa Fundação;

IV - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições e participações de que trata o inciso VI, deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária – TCB emitido pela ASSEFAZ, no caso em que não for possível o pagamento por débito em conta.

V - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano **ASSEFAZ SAFIRA EMPRESARIAL** serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria; e

VI - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato poderá acarretar o cancelamento da inscrição.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local                      Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

## XI – Autorização da patrocinadora

Autorizamos a inscrição informada neste documento do servidor \_\_\_\_\_ e de seus dependentes, tendo em vista a celebração de convênio entre a Fundação Assefaz, operadora classificada na modalidade de autogestão, sem mantenedor, multipatrocinada.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do AUTORIZADOR

XII - AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE PARA A INSTITUIÇÃO BANCÁRIA

Ao

( ) Banco do Brasil - convênio 31.320 ( ) Caixa Econômica Federal - convênio 939700., autorizo o débito na minha Agência N° \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ Conta corrente N° \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_ (apenas para C/C:CEF), o valor referente ao pagamento do valor mensal para quitar o título em favor à ASSEFAZ referente a prestação de serviço(s) de plano privado de assistência à saúde.

Comprometo-me a manter em conta corrente, limite de crédito suficiente para o referido débito.

Declaro(amos) que estou(amos) ciente(s) e de acordo com a cobrança e débito em minha conta corrente, acima especificada, dos valores correspondentes ao título da prestação do(s) serviço(s) autorizado(s) neste documento, solicitado(s) por mim.

Quaisquer alterações relativas aos serviços autorizados, desta autorização, serão imediatamente comunicadas, ficando o Banco inteiramente isento de responsabilidade pelos prejuízos que possam ocorrer em virtude do não cumprimento dessa providência tempestivamente.

Esta autorização para débito em conta corrente tem validade até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (limitado a 5 (cinco) anos). .

Local	Data	Beneficiário		
		<a href="#">Voltar</a>	<a href="#">Imprimir</a>	<a href="#">Declaração de Saúde</a>
		<a href="#">Ficha de membro beneficiário</a>	<a href="#">Carta de orientação ao beneficiário</a>	<a href="#">Ficha de membro Transitório</a>



## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Número

**ANS nº 34692-6**

Prezado(a) beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

### **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTADOENÇA OU LESÃO.

### **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

### **AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!**

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

### BENEFICIÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data



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

Anexo 02c à Norma Executiva GNS Nº 010/12.

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO TRANSITÓRIO DA FUNDAÇÃO ASSEFAZ**

Gerência Estadual/Local: \_\_\_\_\_

**Dados Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Casado ( ) Outros

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Documentação**

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Mat. SIAPE: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Ope CEF: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**Dados Funcionais**

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Órgão Associado: \_\_\_\_\_

Situação Funcional: ( ) Ativo ( ) Inativo Categoria de Membros: ( ) Transitórios ( ) Derivados ( ) Temporários Opção de Adesão: ( ) Todos os programas assistenciais e sociais Cargo: \_\_\_\_\_ Salário: \_\_\_\_\_ ( ) Somente plano de saúde

**Dependentes**

Nome completo	Parentesco	Data da Inscrição	Data de Nascimento

**Termo de Responsabilidade**

Declaro ter pleno conhecimento dos meus direitos e deveres como Membro da Fundação Assefaz, conforme as normas existentes. Afirmando, ainda, serem verdadeiras as informações fornecidas, sob pena de vir a ser responsabilizado civil e/ou criminalmente.

**Autorização de desconto em folha ou débito em conta**

- Autorizo a Fundação Assefaz a recolher a Contribuição Mensal mediante débito em conta corrente.
- Autorizo a Fundação Assefaz a recolher a Contribuição Mensal através de boleto bancário com as devidas despesas bancárias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário

Gerente Estadual ou Local