



**CONVÊNIO DE ADESÃO Nº 01/2018 QUE ENTRE SI
CELEBRAM INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA BAHIA - IFBA E A CAIXA
DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES
DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CAPESESP,
PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR DOS
SERVIDORES.**

O INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA BAHIA, Autarquia Federal, vinculada ao Ministério de Educação/Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica com sede na Rua Araújo Pinho nº 39, Canela, Salvador - BA, CEP: 40110-150, inscrita no CNPJ sob o nº **10.764.307/0001-12**, doravante denominado **PATROCINADOR**, neste ato representado por seu Reitor, Prof.º **RENATO DA ANUNCIÇÃO FILHO**, Cédula de Identidade nº 01321999-55- SSP/BA, CPF nº 195.341.405-20, brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Thomaz Gonzaga, nº 225 - Pernambués - Salvador - Bahia, nomeado pelo Decreto de 13 de agosto, publicado no Diário Oficial da União de 13/08/2014 e a **CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CAPESESP**, entidade fechada de previdência complementar, que opera um benefício assistencial na modalidade de autogestão, com registro de autorização de funcionamento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nº. 324477, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 30.036.685/0001-97, estabelecida na Av. Marechal Câmara, 160 - 6º e 7º andares - Edifício Le Bourget - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20020-080, doravante denominada **CAPESESP**, neste ato representada por seu Diretor-Presidente **JOÃO PAULO DOS REIS NETO**, brasileiro, portador da Carteira de Identidade n.º 52.47478-5, expedida pelo CRM/RJ, e CPF n.º 216.446.833/34, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, com fulcro no art. 230, da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, observado o disposto no Decreto n.º 4.978, de 03 de fevereiro de 2004 do Presidente da República, sujeitando-se especialmente à Lei Complementar n.º 108, de 29 de maio de 2001, Lei Complementar n.º 109, de 29 de maio de 2001, Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, às Resoluções Normativas nº 137, de 2006 e n.º 195 de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e, ainda, à Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 1, de 09 de março de 2017, bem como ao Estatuto, Regulamentos dos Planos de Benefícios e dos Produtos da **CAPESESP**, na forma das seguintes Cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente **CONVÊNIO DE ADESÃO** tem por objeto proporcionar aos servidores do **PATROCINADOR**, ativos e inativos e seus respectivos grupos familiares definidos, bem como aos pensionistas, a assistência à saúde suplementar prevista no artigo 3º da Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 1, de 09 de março de 2017, através da possibilidade de ingresso no Plano CAPESAÚDE - Essencial Nacional Coparticipativo, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob o nº. 479.954/18-2, na modalidade de Plano Coletivo Empresarial, com abrangência nacional.

Subcláusula Primeira - Para fins do disposto no *caput* é também facultado aos beneficiários optarem pelo ingresso em quaisquer outros Planos oferecidos pela CAPESESP, devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observadas as disposições estabelecidas na Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 1, de 09 de março de 2017. No caso de ingresso em Plano com condições superiores ao mínimo previsto na



Processo n.º 23278.005912/2018-51

citada Portaria, não haverá qualquer custo adicional para o **PATROCINADOR**, conforme detalhado na Cláusula Oitava.

Subcláusula Segunda – Aos servidores associados fica assegurada também, mediante adesão voluntária, contribuição própria e normas regulamentares específicas, a Assistência Odontológica oferecida pela CAPES/ES por intermédio do Plano CAPESAÚDE Odontológico 1, registrado sob o nº 456.556/07-8, bem como o benefício denominado CAPESAÚDE URGENTE, de orientação médica por telefone e/ou assistência domiciliar em situações emergenciais, sem qualquer custo para o **PATROCINADOR**.

Subcláusula Terceira – É facultado ainda ao associado titular inscrever os dependentes-agregados mencionados no Item III da Cláusula Segunda nos Planos próprios destinados para essa modalidade de dependente, desde que registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar, sempre na modalidade de Plano Coletivo Empresarial, sem qualquer custo adicional para o **PATROCINADOR**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS BENEFICIÁRIOS

Podem ser beneficiários da assistência à saúde objeto deste **CONVÊNIO DE ADESÃO**:

- I. na qualidade de titulares, os servidores ativos, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações.
- II. na condição de dependente natural do titular:
 - a) o cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
 - b) o companheiro ou companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
 - c) a pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
 - d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - e) 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;
 - f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, enquanto permanecer nesta condição; e
 - g) a mãe, o pai, a madrasta e o padrasto, na forma da Subcláusula Segunda.
- III. na condição de dependente-agregado do titular:
 - a) os filhos e enteados que não satisfizerem as condições das alíneas "d" e "e" do item anterior;
 - b) os irmãos;
 - c) os netos, bisnetos e sobrinhos;
 - d) os avós e os tios;
 - e) os sogros e os pais do companheiro;
 - f) os netos e bisnetos do cônjuge ou do companheiro;
 - g) os genros e noras;
 - h) os cunhados;



Processo n.º 23278.005912/2018-51

i) os sobrinhos-netos e primos.

IV. os pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Subcláusula Primeira - A existência do dependente constante dos subitens "a" ou "b" do item "II" desobriga a assistência à saúde suplementar constante do item "c" também do item "II".

Subcláusula Segunda - O pai ou padrasto, mãe ou madrastra, poderão ser inscritos no Plano de que trata este **CONVÊNIO DE ADESÃO**, desde que o valor do custeio seja assumido pelos próprios ou pelo servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados, de acordo com a faixa etária do beneficiário.

Subcláusula Terceira - A operadora poderá admitir a adesão de dependentes-agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao quarto grau de parentesco consanguíneo ou até o segundo grau de parentesco por afinidade com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

Subcláusula Quarta - Os beneficiários de pensão poderão permanecer na Assistência à Saúde Suplementar, de que trata este Convênio, na mesma condição, mediante opção, a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de manutenção do benefício.

Subcláusula Quinta - Não será exigida carência do beneficiário de pensão que se mantiver no mesmo Plano ou equivalente dentro de 60 (sessenta) dias do óbito do titular.

Subcláusula Sexta - No caso do beneficiário titular ser redistribuído do seu Órgão ou entidade de lotação para outro, no âmbito federal, em que a **CAPESESP** mantenha **CONVÊNIO DE ADESÃO** para a assistência à saúde, a transferência do **PATROCINADOR** se dará automaticamente, sem a necessidade de desligamento e uma nova inscrição do grupo familiar.

Subcláusula Sétima - Os beneficiários previstos nos itens I e IV do *caput* deverão estar vinculados ao Plano de Pecúlios da CAPESESP, conforme previsto no art. 76 da Lei Complementar nº 109/2001 e na Instrução Conjunta SPC/ANS nº 01, de 18 de dezembro de 2008.

Subcláusula Oitava - Em nenhuma hipótese qualquer beneficiário poderá usufruir mais de um plano de assistência à saúde, custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

O Plano CAPESAÚDE – Essencial Nacional Coparticipativo, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob o nº. 479.954/18-2 contemplará a assistência médica ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica (nos limites previstos na legislação em vigor) e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, exclusivamente para cobertura das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Subcláusula Primeira - Em razão deste **CONVÊNIO DE ADESÃO**, a **CAPESESP** disponibilizará o Plano CAPESAÚDE – Essencial Nacional Coparticipativo, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob o nº. 479.954/18-2, que cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento.



Subcláusula Segunda – A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observadas as seguintes coberturas mínimas:

- I. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar; e
- III. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência, limitados até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, durante a carência para o plano médico hospitalar.

Subcláusula Terceira – A cobertura hospitalar será feita em acomodação coletiva (enfermaria) e compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- I. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- III. diária de internação hospitalar;
- IV. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- V. exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VI. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- VII. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou idoso a partir de 60 (sessenta) anos, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- VIII. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgão, membros e regiões, previstas no Rol de Procedimentos da ANS vigente;
- IX. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- X. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- XI. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- XII. cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer;
- XIII. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar; e



Processo n.º 23278.005912/2018-51

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

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Subcláusula Quarta – Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela **CAPESESP**, na acomodação em que estiver inscrito, ao beneficiário será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Subcláusula Quinta – Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados pela **CAPESESP**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da **CAPESESP**.

Subcláusula Sexta – Para os associados que optarem pela Assistência Odontológica, nos termos da Subcláusula Segunda da Cláusula Primeira, a respectiva cobertura compreende todos os procedimentos realizados em consultório, definidos no Rol de Procedimentos Odontológicos em vigor, estabelecidos em Resolução publicada pela ANS, incluindo os procedimentos de diagnósticos, urgência e emergência, radiologia, prevenção, dentística, periodontia e cirurgia.

CLÁUSULA QUARTA – DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

- I. **URGÊNCIA** – evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação; e
- II. **EMERGÊNCIA** – evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Subcláusula Primeira – Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao Plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário.

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

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



Processo n.º 23278.005912/2018-51

- II. a **CAPESESP** deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, somente cessando sua responsabilidade sobre o paciente após efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.
- III. na hipótese de o paciente ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso I desta Subcláusula, a **CAPESESP** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção; e
- IV. quando não puder haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, estando a **CAPESESP** desobrigada desse ônus.

Subcláusula Terceira - Será assegurado ao beneficiário o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, em casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CAPESESP**, de acordo com a legislação em vigor, sempre que:

- I. o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do Plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- II. se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- III. houver paralisação geral do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

Subcláusula Quarta - Para fins do reembolso de que trata a Subcláusula anterior, o titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso. O pagamento será efetuado de acordo com os valores das Tabelas **CAPESESP** de Reembolso da Unidade Federativa onde ocorrer o procedimento, vigente à data do evento, de acordo com o Plano contratado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original a seguir elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) recibos de pagamento dos honorários médicos;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

Subcláusula Quinta – Subcláusula Quinta – Além do previsto na Subcláusula Terceira, o beneficiário do Plano CAPESAÚDE – Essencial Nacional Coparticipativo, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob o nº. 479.954/18-2, terá direito à livre escolha de prestadores não participantes da rede credenciada, na forma de reembolso, somente para cobertura de consultas médicas, limitado ao correspondente de até 1 (uma) vez o preço constante da Tabela CAPESESP de Valores de Reembolso de Consultas Médicas praticado pelo Plano na respectiva Unidade Federativa, onde ocorrer o procedimento.

Subcláusula Sexta – Os beneficiários que optarem por produtos em condições superiores ao mínimo previsto na Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 1, de 09 de março de 2017, na forma definida na Subcláusula Primeira da Cláusula Primeira, terão direito à livre escolha



Processo n.º 23278.005912/2018-51

de prestadores não participantes da rede credenciada, também na forma de reembolso, para cobertura de consultas médicas, exames complementares e honorários médicos, limitado ao correspondente a até 02 (duas) vezes o preço constante da Tabela CAPESESP de Valores de Reembolso de Consultas Médicas, Tabela CAPESESP de Valores de Reembolso Exames Complementares, Tabela CAPESESP de Valores de Reembolso de Honorários Médicos, praticado pelo Plano na respectiva Unidade Federativa, onde ocorrer o procedimento, salvo na hipótese em que o beneficiário esteja vinculado a um Plano que não contemple o benefício livre escolha.

CLÁUSULA QUINTA – DAS CARÊNCIAS

Os beneficiários que se inscreverem no Plano cumprirão os seguintes períodos de carência:

- I. para consultas e exames ambulatoriais dispensados de autorização prévia e para procedimentos de urgências e emergências, inclusive internações: 24 (vinte e quatro) horas;
- II. para exames e tratamentos clínicos ambulatoriais que necessitem de autorização prévia (senha) assim como para internações hospitalares para tratamento clínico: 90 (noventa) dias;
- III. para procedimentos cirúrgicos eletivos realizados em ambiente hospitalar, sob qualquer tipo de permanência (ambulatorial, hospital-dia ou internação): 180 dias; e
- IV. para partos a termo: 300 (trezentos) dias.

Subcláusula Primeira – Não é permitida a antecipação das contribuições mensais com o intuito de abreviar os prazos de carências.

Subcláusula Segunda – São isentos de carência:

- I. O servidor ou empregado recém-empossado, ocupante de cargo efetivo ou em comissão, ou emprego público, e seus dependentes e grupo familiar, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de sua vinculação ao **PATROCINADOR**;
- II. O servidor ou empregado recém-empossado, ocupante de cargo efetivo ou em comissão, ou emprego público, e seus dependentes e grupo familiar, desde que a inscrição seja formalizada no prazo de 60 (sessenta) dias da celebração do **CONVÊNIO DE ADESÃO**;
- III. O filho do titular que já tenha cumprido os períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados do parto ou adoção; e
- IV. O pensionista que se inscrever no mesmo Plano que usufruía à época em que figurava como Dependente do titular, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados do falecimento do titular.

CLÁUSULA SEXTA - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656, de 1998, as resoluções do CONSU e o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, e respeitando-se as coberturas mínimas, estão excluídos da cobertura dos Planos oferecidos pela **CAPESESP** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste **CONVÊNIO DE ADESÃO** e os provenientes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;



Processo n.º 23278.005912/2018-51

- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- e) inseminação artificial;
- f) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- g) tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- h) transplantes, à exceção de córnea e rim e dos demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, sempre observando as Diretrizes de Utilização do Rol Procedimentos da ANS vigente;
- i) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- j) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- k) fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- l) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- m) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- n) aplicação de vacinas preventivas;
- o) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- q) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- r) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano;
- s) consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- t) consultas domiciliares;
- u) os tipos de remoção não previstos nos Regulamentos dos Planos contratados;
- v) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do BENEFICIÁRIO, salvo nas situações previstas nos Regulamentos dos Planos contratados;
- w) terapias alternativas em saúde, bem como outras não previstas nos Regulamentos dos Planos contratados;
- x) procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CAPES/ES sem atendimento às condições previstas no Regulamento do Plano contratado;
- y) atendimentos prestados antes do início da vigência ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições previstas no Regulamento do Plano contratado; e



- z) procedimentos não discriminados na Cláusula Terceira.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA INSCRIÇÃO, DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO

É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário nos Planos de Saúde oferecidos pela **CAPESESP**, nos termos a seguir:

- a) a inscrição e o cancelamento de beneficiários da assistência à saúde devem ser solicitados pelo titular primeiramente junto à Divisão de Recursos Humanos do **PATROCINADOR** para autorização e, em seguida, à **CAPESESP**;
- b) a inscrição ou a exclusão de beneficiários nos Planos de assistência à saúde deverá observar o disposto nas alíneas "b", "c", "e" e "f" da Cláusula Décima Oitava;
- c) o cancelamento de inscrição nos Planos poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares e pensionistas, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação;
- d) além das situações anteriores, também poderão ser canceladas as inscrições, por iniciativa da **CAPESESP**, com ciência ao **PATROCINADOR** nos casos de fraude, falta de pagamento ou perda de elegibilidade, na forma prevista na Lei e no Regulamento;
- e) ocorrendo o cancelamento da inscrição do beneficiário titular, todos os seus dependentes terão sua inscrição cancelada em qualquer Plano de assistência à saúde da **CAPESESP**;
- f) o **PATROCINADOR** não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pela **CAPESESP**, nem por eventuais débitos ocorridos após ter comunicado o evento que implique no cancelamento da inscrição de qualquer beneficiário;
- g) aos beneficiários titulares que venham a ser excluídos da cobertura financeira do **PATROCINADOR**, aplicar-se-á o disposto na alínea "c" desta Cláusula, no tocante à quitação de eventuais débitos;
- h) aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados, demitidos ou licenciados aplicar-se-á o disposto na alínea "c" desta Cláusula, no tocante à quitação de eventuais débitos.

Subcláusula Primeira – Os procedimentos e exigências documentais para a inscrição, desligamento e reingresso de beneficiários podem ser consultados nos canais de atendimentos disponibilizados pela CAPESESP.

Subcláusula Segunda – As exclusões dos planos de assistência à saúde de que trata o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO** ocorrerão nas seguintes situações:

- a) por vontade expressa do titular;
- b) exoneração ou dispensa de cargo ou emprego;
- c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo Plano;
- d) decisão administrativa ou judicial;
- e) fraude;
- f) inadimplência de contribuição ou participação, por período superior a 60 (sessenta) dias; e
- g) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;



Processo n.º 23278.005912/2018-51

- h) licença sem remuneração;
- i) outras situações previstas em Lei e no regulamento do plano.

Subcláusula Terceira - No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no § 3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 1990.

CLÁUSULA OITAVA – DA POSSIBILIDADE DE INGRESSO DOS BENEFICIÁRIOS EM PLANO EM CONDIÇÃO SUPERIOR

O servidor ou empregado ativo, aposentado e o pensionista vinculados ao **PATROCINADOR** poderão optar por produtos em condições superiores ao mínimo previsto na Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 1, de 09 de março de 2017, que asseguram a internação em apartamento, sendo-lhes garantida a contrapartida patronal na forma estabelecida na Cláusula Décima Primeira deste **CONVÊNIO DE ADESÃO**.

Subcláusula Primeira - A contribuição financeira mensal dos titulares, destinada exclusivamente para o custeio do Plano de que trata o *caput* desta Cláusula, para si e para seus Dependentes, assim como aquela do pensionista, corresponderá aos valores aprovados pela **CAPESESP**, observadas as disposições do Regulamento do Plano e o disposto na Cláusula Décima Segunda.

Subcláusula Segunda - No caso de migração entre os Planos, por iniciativa do titular ou pensionista ou ainda por migração total da carteira, o beneficiário deverá arcar com a diferença do custo do novo Plano, não configurando reajuste de contribuição.

Subcláusula Terceira - As condições de cobertura assistencial, requisitos de elegibilidade, segmentação, acomodação, carência e demais garantias do Plano de que trata o *caput* desta Cláusula estão previstas no respectivo Regulamento.

CLÁUSULA NONA – DO CUSTEIO

O presente **CONVÊNIO DE ADESÃO** será custeado da seguinte forma:

- a) o custeio dos Planos que integram este **CONVÊNIO DE ADESÃO** é de responsabilidade do **PATROCINADOR** e dos beneficiários titulares, estes com contribuição mensal definida na Cláusula Décima Segunda;
- b) o custeio de participação pela utilização dos serviços de assistência à saúde suplementar, que tem natureza de mecanismo de regulação, é de responsabilidade exclusiva dos beneficiários titulares e dos pensionistas, conforme descrito na Cláusula Décima Segunda deste **CONVÊNIO DE ADESÃO**;
- c) o custeio da Assistência Odontológica e do benefício denominado CAPESAÚDE URGENTE é de responsabilidade exclusiva dos beneficiários titulares e dos pensionistas;

CLÁUSULA DÉCIMA – DA CONTRIBUIÇÃO DO PATROCINADOR

A contribuição mensal do **PATROCINADOR** para custeio da assistência à saúde a que se refere o *caput* e a Subcláusula Primeira da Cláusula Primeira deste **CONVÊNIO DE ADESÃO**, relativa aos beneficiários descritos nos incisos I, II e IV do *caput* da Cláusula Segunda, será devida e paga conforme as regras definidas pelo Poder Executivo, no âmbito da Administração Pública Federal, para a assistência à saúde dos seus servidores, ressalvada a hipótese da alínea "g" do inciso II do *caput* da Cláusula Segunda.



Processo n.º 23278.005912/2018-51

Subcláusula Primeira - Os valores da contribuição do **PATROCINADOR**, de que trata o *caput*, serão calculados com base nas regras estabelecidas pelo Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão, conforme legislação vigente à época.

Subcláusula Segunda - O **PATROCINADOR** não se responsabilizará por quaisquer despesas e débitos dos servidores excluídos de sua cobertura que porventura se tornem autopatrocinados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA CONTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A contribuição financeira mensal dos beneficiários titulares e dos pensionistas, destinada ao custeio do Plano que vier a se inscrever juntamente com seus dependentes, corresponderá ao somatório dos valores referentes a cada beneficiário componente de seu grupo familiar básico e será cobrada de acordo com a tabela aprovada pelo Conselho Deliberativo da CAPESESP, estabelecida com base na faixa etária de cada beneficiário, combinada com a faixa de remuneração do titular.

Subcláusula Primeira - A tabela de contribuição de que trata o *caput* desta Cláusula ficará disponível para consulta no Portal da Capesesp na internet e demonstrará de forma discriminada os valores relativos ao custeio do beneficiário e do patrocinador, sendo certo que poderão ser reajustados anualmente, mediante revisão da tabela, independente da data de inclusão do beneficiário, ou ainda por mudança de faixa etária e/ou da faixa de remuneração do titular.

Subcláusula Segunda - A alteração do valor da contribuição de que trata o *caput* desta Cláusula em razão da mudança de faixa etária respeitará os limites da Resolução Normativa/ANS nº 63, de 22/12/2003.

Subcláusula Terceira - A variação da contribuição individual em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

Subcláusula Quarta - A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício do titular com o **PATROCINADOR**, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção do beneficiário no plano de saúde, desde que o beneficiário titular assuma, além do pagamento da contribuição de seu grupo familiar, o pagamento da contribuição patronal prevista na Cláusula Décima, na forma da legislação vigente.

Subcláusula Quinta - Caso a arrecadação de contribuições e coparticipações não possa ser efetuada por consignação em folha de pagamento, poderá ser utilizado o sistema de débito em conta corrente ou título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança indicado pela **CAPESESP**.

Subcláusula Sexta - Caso o beneficiário titular ou pensionista opte pela cobertura da Assistência Odontológica ou pelo CAPESAÚDE URGENTE será cobrado um valor específico por beneficiário inscrito nestes Planos, conforme tabelas aprovadas pelo Conselho Deliberativo da CAPESESP, bem como serão cobradas, em relação ao Plano Odontológico, as coparticipações previstas na Cláusula Décima Segunda.

Subcláusula Sétima - As contribuições relativas a pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, do servidor ativo ou inativo, previstas na Subcláusula Segunda da Cláusula Segunda, serão cobradas de acordo com a faixa etária do respectivo dependente e faixa salarial do titular, conforme as tabelas aprovadas pelo Conselho Deliberativo, acrescida da parcela equivalente à de responsabilidade Patronal, observados os valores estabelecidos conforme regulamentação da Administração Pública.



Processo n.º 23278.005912/2018-51

Subcláusula Oitava – A CAPESESP se compromete a divulgar amplamente entre os associados toda alteração de valores da contribuição de que trata o *caput*.

Subcláusula Nona – A alteração das Tabelas aprovadas pelo Conselho Deliberativo da CAPESESP terá aplicação imediata, respeitados os prazos legais, e integrará o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**.

Subcláusula Décima – A contribuição financeira de responsabilidade do Patrocinador, cujo valor é definido por meio de instrumento normativo próprio, compõe o valor integral da contribuição referente aos planos de assistência à saúde suplementar ofertados neste Convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA COPARTICIPAÇÃO PELO USO DOS SERVIÇOS

Os beneficiários titulares e pensionistas serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à coparticipação no custeio dos serviços utilizados, inclusive, por seus respectivos Dependentes, nos valores ou percentuais aprovados pelo Conselho Deliberativo da CAPESESP, constantes nos Regulamentos dos Planos, exceto aqueles sem previsão de coparticipação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO

As contribuições de responsabilidade do **PATROCINADOR** para o custeio da assistência à saúde correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União, na seguinte dotação orçamentária: Fonte () – Programa de Trabalho () – Elemento de Despesa (), conforme Nota de Empenho ().

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO REPASSE DOS RECURSOS

A contribuição do **PATROCINADOR**, de que trata a Cláusula Décima Primeira, deverá ser repassada à **CAPESESP** até o 5º (quinto) dia útil do respectivo mês de competência, acrescida das importâncias previstas na Cláusula Décima Primeira e Décima Segunda, quando consignadas em folha de pagamento.

Subcláusula Primeira – Os valores mencionados no *caput* desta Cláusula serão creditados pelo **PATROCINADOR**, em favor da **CAPESESP**, na conta corrente por ela indicada, e serão corrigidos pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice oficial do Governo Federal que venha a substituí-lo, para lhes preservar o valor real, quando não creditados na data pactuada.

Subcláusula Segunda – Quando os créditos referentes ao custeio da assistência à saúde não forem efetuados pelo **PATROCINADOR** por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) alternados no intervalo de 12 meses, a **CAPESESP** poderá restringir o atendimento aos beneficiários às situações de urgência/emergência, na forma da legislação em vigor, sem prejuízo de outras ações legais pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO CUSTEIO ADMINISTRATIVO

Para custeio das despesas administrativas da CAPESESP será utilizado um valor equivalente a 15% (quinze por cento) de todas as contribuições previstas nas Cláusulas Décima e Décima Primeira deste **CONVÊNIO DE ADESÃO**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **CAPESESP** apresentará ao **PATROCINADOR**, anualmente, conforme definido no artigo 13 da Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 1, de 09 de março de 2017, quadro



Processo n.º 23278.005912/2018-51

demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em relação à assistência prevista no *caput* e nas Subcláusulas da Cláusula Primeira, disponibilizando a documentação para verificação a qualquer momento, quando solicitado.

Subcláusula Única – A Prestação de Contas final deverá ser apresentada ao **PATROCINADOR**, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data do término desta avença.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA RETIRADA DO PATROCINADOR

A saída do **PATROCINADOR** da cobertura do presente **CONVÊNIO DE ADESÃO** dar-se-á:

- I. por requerimento do **PATROCINADOR**;
- II. por extinção do **PATROCINADOR**, inclusive por fusão ou incorporação a outro órgão patrocinador ou não da **CAPESESP**, observado o disposto na Subcláusula Única;

Subcláusula Única – No caso de fusão ou incorporação do **PATROCINADOR** a outro órgão patrocinador da **CAPESESP**, a cobertura aos beneficiários inscritos não sofrerá solução de continuidade, desde que o sucessor legalmente constituído expresse, formalmente, garantia sobre a continuidade das obrigações pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO PATROCINADOR

São obrigações do **PATROCINADOR** na gestão da assistência à saúde:

- a) repassar para a **CAPESESP** os valores de que tratam as Cláusulas Décima, Décima Primeira, e Décima Segunda;
- b) autorizar a inscrição dos beneficiários titulares, respectivos dependentes e pensionistas;
- c) obter autorização expressa dos beneficiários titulares para consignar, em folha de pagamento ou débito em conta corrente, os valores decorrentes das contribuições e participações;
- d) informar de maneira clara e precisa aos servidores do **PATROCINADOR** os procedimentos para sua inscrição, e de seus dependentes, como beneficiários da assistência à saúde, bem como repassar as informações sobre o funcionamento da **CAPESESP** e do acesso à rede de prestadores de serviço conveniada;
- e) encaminhar à **CAPESESP** os formulários de autorização de vínculo de beneficiários, com as informações necessárias para o seu cadastramento e respectiva homologação, habilitando-os ao recebimento dos Cartões de Identificação, bem como os formulários de autorização de cancelamento;
- f) fornecer mensalmente à **CAPESESP**, até o dia 10 do mês subsequente às ocorrências, por meio eletrônico, planilha em Excel contendo a lista nominal, matrícula SIAPE, data de nascimento, CPF e nome da mãe de todos os beneficiários incluídos e excluídos da cobertura financeira do **PATROCINADOR**, qualquer que seja o motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito à assistência à saúde;
- g) facultar à **CAPESESP** a apresentação dos benefícios de assistência à saúde para os servidores, nas dependências físicas do **PATROCINADOR**;
- h) fornecer à **CAPESESP** informações cadastrais (nome completo,



Processo n.º 23278.005912/2018-51

endereço, e-mail e telefone, inclusive institucionais, para contato) relativas aos servidores e pensionistas aptos a inscreverem-se nos Planos;

- i) Encaminhar à **CAPESESP**, mensalmente, os arquivos fita espelho dos servidores e pensionistas, por meio eletrônico para possibilitar o cadastro de beneficiários e o cálculo das contribuições realizado pela **CAPESESP**, incluindo-se a informação relativa a remuneração mensal, necessária para o enquadramento do titular e seus dependentes nas tabelas de preço dos planos para o envio do comando dos descontos;
- j) recolher e devolver à **CAPESESP** os Cartões de Identificação dos beneficiários excluídos;
- k) comunicar à **CAPESESP** eventuais recusas de devolução dos Cartões de Identificação de seus beneficiários;
- l) manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de servidores, na hipótese de ocorrência da alínea "f" desta Cláusula;
- m) manter a operacionalização e atualização permanente do cadastro dos servidores e seus dependentes (inclusão, exclusão e alteração) no módulo Saúde, no SIAPE.
- n) fornecer, mensalmente, informações que possibilitem o controle do recebimento das contribuições enviadas para desconto;
- o) indicar um servidor do órgão para ser o responsável pela interlocução junto à **CAPESESP**.

Subcláusula Primeira – A inscrição dos beneficiários na forma do item "e" desta Cláusula dar-se-á por meio de opção formal em instrumento a ser firmado com o titular e o pensionista, em que aderem às regras, cláusulas e definições constantes deste **CONVÊNIO DE ADESAO** e do Regulamento do Plano.

Subcláusula Segunda – A inscrição somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentado à **CAPESESP** o formulário de que trata a Subcláusula Primeira desta Cláusula, inclusive no caso de migração de beneficiário para outro Plano.

Subcláusula Terceira – Para fins da alínea "f" desta Cláusula, a exclusão dos beneficiários ocorrerá no momento do recebimento do pedido de desligamento, devidamente instruído.

Subcláusula Quarta – O **PATROCINADOR** deverá informar, na lista de que trata a alínea "f", o motivo da perda do vínculo funcional ou empregatício e se o beneficiário optou pela sua manutenção ou se recusou a manter essa condição.

Subcláusula Quinta – O **PATROCINADOR** participará da administração da **CAPESESP** na forma definida em seu Estatuto.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA CAPESESP

São obrigações da **CAPESESP**, na gestão da assistência à saúde:

- a) viabilizar aos beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviço, a assistência à saúde prevista na Cláusula Terceira, dentro dos limites e abrangência geográfica do Plano;
- b) oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo



Processo n.º 23278.005912/2018-51

- o território nacional;
- c) administrar o comando das inclusões e exclusões das contribuições mensais na folha de pagamento do **PATROCINADOR**, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários, ou cobrá-los por meio de desconto em conta corrente ou título de cobrança bancária;
 - d) fornecer o Cartão de Identificação a todos os beneficiários;
 - e) disponibilizar ao beneficiário titular a relação de prestadores de serviço do Plano Contratado;
 - f) manter sistema informatizado de controle de arrecadação de gastos;
 - g) informar, periodicamente, ao beneficiário titular, o detalhamento dos serviços utilizados por ele e seus dependentes, com indicação do prestador, do custo total e do percentual de coparticipação nas despesas;
 - h) emitir ou disponibilizar meio de emissão de título de cobrança bancária ou débito em conta corrente das contribuições ou participações, quando não possível em folha de pagamento do **PATROCINADOR**;
 - i) disponibilizar aos órgãos do **PATROCINADOR** a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes;
 - j) fornecer, mensalmente, ao **PATROCINADOR**, lista nominal de todos os titulares, seus Dependentes e pensionistas incluídos e excluídos dos Planos, na forma dos respectivos Regulamentos; e
 - k) designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com os órgãos do **PATROCINADOR**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA RESCISÃO

O presente **CONVÊNIO DE ADESÃO** poderá ser rescindido a qualquer tempo, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

- a) Imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação formal, inequívoca e por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, observado o disposto na Cláusula Décima Segunda;
- b) Por descumprimento de quaisquer das Cláusulas deste **CONVÊNIO DE ADESÃO** e Termos Aditivos dele decorrentes, bem como do Estatuto Social e Regulamentos dos Planos de assistência da CAPESESP;
- c) Por superveniência de impedimento legal que o torne inexecutável;
- d) Por constatação de falsidade ou incorreção de informação, não sanável, em qualquer documento apresentado;
- e) Por atraso pelo período de 60 (sessenta) dias, de repasse ou o inadimplemento dos valores per capita devidos pelo **PATROCINADOR**.

Subcláusula Primeira – Será mantida a prestação dos serviços aos beneficiários vinculados ao **PATROCINADOR**, pelo período de 90 (noventa) dias após a denúncia do presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, mantendo-se ambas as partes vinculadas às obrigações constantes do presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**.

Subcláusula Segunda - O **PATROCINADOR** permanecerá responsável pela continuidade dos repasses dos valores devidos à **CAPESESP** previstos nas Cláusulas Décima, Décima Primeira e Décima Segunda, pelo período de 90 (noventa) dias após a denúncia do **CONVÊNIO DE ADESÃO**.



Processo n.º 23278.005912/2018-51

Subcláusula Terceira - A rescisão do CONVÊNIO DE ADESÃO implica na exclusão dos titulares, seus respectivos dependentes e pensionistas vinculados ao **PATROCINADOR**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA

O presente **CONVÊNIO DE ADESÃO** entrará em vigor na data de sua assinatura, com vigência de 60 (sessenta) meses, prorrogáveis por igual período.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

Compete ao **PATROCINADOR** providenciar a publicação deste **CONVÊNIO DE ADESÃO**, por extrato, no Diário Oficial da União.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DO FORO

Fica eleito o foro da Justiça Federal da Capital do Estado da Bahia, para dirimir qualquer litígio decorrente do presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Para validade do pactuado, firmou-se este instrumento em 3 (três) vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surta seus efeitos jurídicos e legais.

, _____ de _____ de 2018.

Prof. Renato da Anunciação Filho
Reitor do Instituto Federal da Bahia

RENATO DA ANUNCIÇÃO FILHO
Reitor – IFBA

JOÃO PAULO DOS REIS NETO
Diretor-Presidente da CAPESESP

TESTEMUNHAS:

Nome: ADIMEIA MOZER ROCHA

RG: 101.208.043/12

CPF: 030.508.941-32

Nome:

RG:

CPF:



ANEXO

Anexo ao **CONVÊNIO DE ADESAO Nº. _____/20__** para prestação de assistência à saúde suplementar dos servidores celebrado entre a **CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CAPESESP**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 30.036.685/0001-97, situada na Av. Marechal Câmara, 160 - 6º e 7º andares - Edifício Le Bouget - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20020-080, e o **INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA BAHIA**, Autarquia Federal, vinculada ao Ministério de Educação/Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica com sede na Rua Araújo Pinho nº 39, Canela, Salvador - BA, CEP: 40110-150, inscrita no CNPJ sob o nº **10.764.307/0001-12**.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPESAÚDE ESSENCIAL NACIONAL COPARTICIPATIVO	Faixa etária									
	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou mais
Valor do Plano	181,18	190,24	218,78	258,16	304,63	359,46	449,33	584,11	788,55	1.087,07
FAIXA DE REMUNERAÇÃO DA PORTARIA 08/2016	Faixa etária									
	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou mais
Até R\$ 1.499,00	149,52	156,57	158,69	165,04	169,97	175,61	190,03	193,05	196,06	205,63
De R\$ 1.500,00 a R\$ 1.999,00	142,47	149,52	151,64	156,57	161,51	167,15	180,76	183,63	186,50	196,06
De R\$ 2.000,00 a R\$ 2.499,00	135,42	142,47	144,59	149,52	154,46	160,10	171,49	174,21	176,94	186,50
De R\$ 2.500,00 a R\$ 2.999,00	129,78	135,42	137,53	142,47	147,41	153,05	163,77	166,37	168,97	176,94
De R\$ 3.000,00 a R\$ 3.999,00	122,71	129,78	131,89	135,42	140,35	146,00	156,04	158,52	161,00	168,97
De R\$ 4.000,00 a R\$ 5.499,00	111,43	114,25	116,38	117,07	122,02	127,66	129,78	131,84	133,90	137,09
De R\$ 5.500,00 a R\$ 7.499,00	107,20	108,61	110,73	111,43	116,38	122,02	123,60	125,56	127,52	130,71
Acima de R\$ 7.500,00	101,56	102,97	105,08	105,79	110,73	116,38	117,42	119,28	121,14	124,33
CONTRIBUIÇÃO DO ASSOCIADO	Faixa etária									
	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou mais
Até R\$ 1.499,00	31,66	33,67	60,09	93,12	134,66	183,85	259,30	391,06	592,49	881,44
De R\$ 1.500,00 a R\$ 1.999,00	38,71	40,72	67,14	101,59	143,12	192,31	268,57	400,48	602,05	891,01
De R\$ 2.000,00 a R\$ 2.499,00	45,76	47,77	74,19	108,64	150,17	199,36	277,84	409,90	611,61	900,57
De R\$ 2.500,00 a R\$ 2.999,00	51,40	54,82	81,25	115,69	157,22	206,41	285,56	417,74	619,58	910,13
De R\$ 3.000,00 a R\$ 3.999,00	58,47	60,46	86,89	122,74	164,28	213,46	293,29	425,59	627,55	918,10
De R\$ 4.000,00 a R\$ 5.499,00	69,75	75,99	102,40	141,09	182,61	231,80	319,55	452,27	654,65	949,98
De R\$ 5.500,00 a R\$ 7.499,00	73,98	81,63	108,05	146,73	188,25	237,44	325,73	458,55	661,03	956,36
Acima de R\$ 7.500,00	79,62	87,27	113,70	152,37	193,90	243,08	331,91	464,83	667,41	962,74

CAPESAÚDE URGENTE

BENEFÍCIO	VALOR
Capesaúde Urgente I	R\$ 2,09
Capesaúde Urgente II	R\$ 4,53

PLANO ODONTOLÓGICO

BENEFICIÁRIO	VALOR
Capesaúde Odontológico 1	R\$ 18,90

Prof. Renato da Anunciação Filho
Reitor do Instituto Federal da Bahia

RENATO DA ANUNCIAÇÃO FILHO
Reitor - IFBA

, _____ de _____ de 2018

JOÃO PAULO DOS REIS NETO
Diretor-Presidente da CAPESESP

