

TERMO DE ADESÃO
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA CASSI (PAF)

Eu, _____,
participante do Plano de Associados da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) sob a matrícula de N.º _____, residente e domiciliado _____ no _____ endereço _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado (UF) _____, CEP _____, Telefone n.º. () _____, Telefone Celular n.º () _____, E-mail _____, formalizo minha adesão ao Programa de Assistência Farmacêutica da CASSI (PAF) e **declaro estar ciente e inteiramente de acordo** com os seguintes requisitos e condições para ter direito ao abono da CASSI para aquisição de materiais descartáveis de uso domiciliar e/ou medicamentos:

1. A CASSI abonará apenas os materiais descartáveis e os medicamentos de uso domiciliar que estiverem previstos na LIMACA (Lista de Materiais e Medicamentos Abonáveis CASSI), e desde que a indicação de uso pelo médico do participante esteja compatível com a indicação abonável constante da LIMACA.
2. Para fazer jus ao abono, o participante deve obter autorização prévia em uma das Unidades CASSI ou CliniCASSI.
3. Para obter a autorização, o participante deve apresentar os seguintes documentos, datados de no máximo 90 dias da data da apresentação à CASSI:
 - a) Prescrição (receita) original, para os medicamentos sujeitos a Controle Especial;
 - b) Relatórios médicos que subsidiem a autorização, conforme orientações da CASSI;

PAF - TERMO DE ADESÃO - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

c) Resultados dos seguintes exames clínico-laboratoriais: pressão arterial, glicemia, hemoglobina glicada, perfil lipídico (colesterol total e frações), triglicerídeos, TSH, T4 livre e/ou densitometria óssea, a depender da condição crônica do participante.

Nota: É de responsabilidade do participante verificar junto à CASSI quais exames são necessários ao seu processo de autorização do PAF. A depender da avaliação do médico da CASSI, poderão ser solicitados outros exames complementares para acompanhamento da evolução da condição crônica do participante.

4. A autorização para aquisição, emitida pela CASSI, se refere ao princípio ativo do medicamento, devendo ser observada a LIMACA para verificação do item abonável, se genérico ou de referência. Durante a vigência da autorização poderá haver a substituição de um medicamento de referência por um genérico, e vice-versa, a qualquer momento, a critério exclusivo da CASSI, cabendo ao participante observar a LIMACA.
5. A vigência da autorização é de até 12 (doze) meses e a renovação deve ser solicitada pelo participante no mínimo 30 (trinta) dias antes do vencimento.
6. Se houver alteração na prescrição de um item já autorizado, o participante deve comparecer à CASSI para realizar uma nova autorização.
7. **(+)** O abono oferecido pela CASSI é calculado sobre o valor de aquisição do material/medicamento e tendo como limite o valor do Preço Máximo ao Consumidor (PMC), limitado, ainda, aos percentuais especificados no Regulamento do Plano de Associados (RPA), sendo de responsabilidade do participante o pagamento das respectivas coparticipações.
8. **(+)** O acesso aos itens autorizados pelo PAF será realizado por meio de aquisição pelo participante para posterior solicitação de reembolso à CASSI.

PAF - TERMO DE ADESÃO - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

9. **(+)** O participante deve solicitar o ressarcimento (Abono CASSI) por meio da plataforma de reembolso eletrônico, disponível na área logada (Serviços para você) dos perfis Associados, no site da CASSI (www.cassi.com.br).
10. O pedido de reembolso deve ser encaminhado no prazo máximo de 90 (noventa) dias corridos a partir da data da aquisição dos itens abonados pelo PAF, registrados no Cupom ou Nota Fiscal, que deverá ser anexado na solicitação eletrônica.
11. O crédito de reembolso será efetuado na conta corrente do participante ou, em casos específicos, na conta de terceiros, obedecido o disposto no regulamento do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o protocolo da solicitação.
12. O pagamento da coparticipação financeira é obrigatório e será feito mediante desconto diretamente do crédito a ser realizado ao participante.
13. O participante é responsável por manter atualizados os seus dados cadastrais e bancários junto à CASSI. O endereço deve estar completo, incluindo CEP e telefones fixos e celulares.
14. **(+)** A CASSI poderá, a seu exclusivo critério, adquirir os materiais/medicamentos autorizados e entrega-los ao participante. Nessas situações, o participante será comunicado no ato da autorização concedida pela CASSI e a cobrança da coparticipação será feita diretamente na FOPAG ou conta corrente do participante que, ao assinar este documento, expressamente autoriza ao Banco do Brasil e à CASSI o referido débito.

PAF - TERMO DE ADESÃO - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Assim, por aceitar todas as condições previstas neste Termo, formalizo minha adesão ao Programa de Assistência Farmacêutica da CASSI (PAF) e **AUTORIZO** o Banco do Brasil S.A. ou a CASSI a creditar na **conta corrente cadastrada na CASSI**, a importância correspondente à aquisição de materiais descartáveis e/ou medicamentos pelo Sistema de Reembolso durante o período de vigência das autorizações concedidas pela CASSI, descontando-se o valor da coparticipação.

Local e data

Assinatura do Participante/Requerente

Assinatura do Associado Titular ou de seu representante legal.

(indispensável quando o participante não for o titular do Plano de Associados).

Conferido:

Recebi cópia em ___ / ___ / ___

Assinatura do participante

CASSI