

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

**TERMO DE ADESÃO - REPRESENTANTE  
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA CASSI**

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA QUE CELEBRAM ENTRE SI A CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL (CASSI) E O PARTICIPANTE INSCRITO NO PLANO DE ASSOCIADOS

Eu, na condição de representante de \_\_\_\_\_, participante do Plano de Associados da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), matrícula n.º \_\_\_\_\_ e CPF n.º \_\_\_\_\_, formalizo adesão ao Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) mediante a concordância com os critérios de participação estabelecidos neste termo.

**Do Objetivo:**

1. Este termo tem por objeto a adesão do(a) participante acima qualificado às condições e normas do Programa de Assistência Farmacêutica - PAF, as quais foram previamente informadas e compreendidas.
2. O Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) tem como objetivo fornecer acompanhamento assistencial farmacêutico aos participantes com condições crônicas de saúde e promover o acesso aos medicamentos e insumos terapêuticos listados na LIMACA (Lista de Materiais e Medicamentos Abonáveis).
3. A CASSI oferece cobertura, mediante reembolso, de materiais descartáveis e medicamentos de uso domiciliar previstos na LIMACA, desde que sejam indicados pelo médico com base no CID (Classificação Internacional de Doenças) e compatíveis com a indicação abonável constante da LIMACA, observado o percentual de coparticipação.

**Da Elegibilidade:**

4. Para participar do Programa, o participante deverá manter o plano ativo, estar adimplente e ser um beneficiário elegível, conforme os seguintes critérios:

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA  
DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

4.1 Ser acompanhado pela equipe de Atenção Primária à Saúde da CliniCASSI (própria ou parceira, quando houver) ou do serviço de Telessaúde APS;

**Nota: Considera-se acompanhado o participante cadastrado em uma equipe de Atenção Primária à Saúde da CASSI e com a realização do plano terapêutico indicado por sua equipe multiprofissional.**

4.2 Fornecer prescrição médica (receita) original, datada de até 90 dias para os medicamentos sujeitos a controle especial;

4.3 Fornecer os relatórios médicos à equipe de Atenção Primária à Saúde da CliniCASSI ou ao serviço de Telessaúde APS, sempre que solicitado. Se estiver sob acompanhamento de um médico da rede credenciada, esses relatórios serão necessários para a autorização;

4.4 Realizar periodicamente os exames clínico-laboratoriais previstos nos protocolos clínicos, prescritos pela equipe de Atenção Primária à Saúde da CliniCASSI ou pelo serviço de Telessaúde APS. Os resultados desses exames devem ser informados à equipe de saúde da CASSI – ou médico assistente da rede credenciada, caso esteja sob acompanhamento deste profissional - para acompanhamento da evolução clínica e controle de cada condição crônica;

4.5 Realizar ao menos uma consulta por ano com a equipe multiprofissional do serviço de APS que estiver cadastrado;

4.6 Fornecer informações precisas e atualizadas para o cadastro no sistema de dados da CASSI;

4.7 Seguir todas as instruções e procedimentos estabelecidos pelo Programa com o apoio dos profissionais da CliniCASSI, clínica parceira (quando houver) ou pelo serviço de Telessaúde APS.

**Do Procedimento de Solicitação:**

5. Para ter direito ao abono, conforme previsto no Regulamento do Plano de Associados e na LIMACA, o participante deverá realizar as consultas e tratamentos propostos pela equipe de Atenção Primária à Saúde da CliniCASSI (própria ou parceira, quando houver) ou pelo serviço de Telessaúde APS.

**Da Autorização e Vigência:**

6. A autorização emitida pela CASSI é para o princípio ativo do medicamento, devendo

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

ser observada a LIMACA para verificação do item abonável, seja genérico ou de referência. Durante a vigência da autorização, pode haver a substituição de um medicamento de referência por um genérico, e vice-versa, a critério exclusivo da CASSI. Cabe ao participante consultar a LIMACA disponível na área logada no site da CASSI.

7. A vigência de cada autorização é de até 360 (trezentos e sessenta) dias, e a renovação deve ser solicitada pelo participante com um prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do vencimento.
8. Se houver alteração na prescrição de um item já autorizado, o participante deve informar à CASSI e fornecer a documentação atualizada para a emissão de uma nova autorização.
9. **(+)** O participante se compromete a manter seu Termo de Adesão atualizado durante todo o período de vigência do Programa. Em caso de alterações nas condições de adesão ao PAF que demandem a assinatura de novo Termo de Adesão, o participante se compromete a firmá-lo no prazo estipulado, sob pena de exclusão do Programa, ressalvadas as autorizações já emitidas, que permanecerão válidas até o término de seus respectivos prazos de vigência.

**Do Reembolso e Pagamento:**

10. O reembolso oferecido pela CASSI é calculado sobre o valor de aquisição do material/medicamento, descontada a coparticipação, tendo como limite o valor previsto na Tabela de Preços do PAF, disponível na área logada do participante, seja no APP ou site da CASSI.
11. Para a solicitação de reembolso à CASSI é indispensável que já tenha havido o desembolso com a aquisição dos itens autorizados no PAF, seja material e/ou medicamento constantes da LIMACA.
12. O participante deve solicitar o ressarcimento das despesas já efetuadas (Abono CASSI) por meio da plataforma de reembolso eletrônico, disponível na área logada (Serviços online) do perfil de Associados, no site da CASSI ([www.cassi.com.br](http://www.cassi.com.br)).
13. O pedido de reembolso deve ser solicitado no prazo máximo de 90 (noventa) dias corridos a partir da data de aquisição dos itens abonados pelo PAF, registrados no cupom ou nota fiscal, que deve ser anexado na solicitação eletrônica.
14. O crédito de reembolso é efetuado na conta corrente do associado cadastrada na

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

CASSI ou, em casos específicos, na conta de terceiros, conforme disposto no regulamento do plano - RPA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, contados da data de abertura da solicitação.

15. A solicitação de reembolso apenas é avaliada se observadas todas as condições do RPA e deste Termo, em especial o período de vigência das autorizações concedidas pela CASSI.
16. O reembolso é realizado observando-se o limite de abono por parte da CASSI, sendo de 70% (setenta por cento) para a aquisição de materiais descartáveis e medicamentos de referência (marca) que não possuem equivalente genérico e de 90% (noventa por cento) para a aquisição de medicamentos genéricos. Portanto, os percentuais restantes, de 30% e 10% respectivamente, correspondente aos valores de coparticipação devidos pelo participante.

**Da Confidencialidade:**

17. Todas as informações fornecidas pelo participante serão tratadas de forma confidencial e utilizadas apenas para os fins estabelecidos no âmbito do Programa.

**Dos Dados Pessoais:**

18. Ao manifestar a aceitação das condições e inclusão no Programa de Assistência Farmacêutica, o participante, através do presente termo, concorda que a CASSI, doravante denominada Controladora, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais e sensíveis, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD), objetivando subsidiar a terapêutica e a coordenação do cuidado assistencial, tendo sido informado(a):

18.1. A CASSI - Controladora - está autorizada a tratar os dados pessoais necessários para as finalidades acima descritas, incluindo nome completo, documentos (RG, CPF, CNH), data de nascimento, estado civil, endereço, telefone, sexo, plano de saúde, número do cartão, bem como dados assistenciais (anamnese, diagnóstico e conduta terapêutica, exames e laudos), que poderão ser acessados única e exclusivamente por profissionais de saúde, com garantia de sigilo e confidencialidade das informações, conforme Recomendação do Conselho Federal de Medicina e em observância à Lei 13.709/2018, podendo tomar decisões referentes ao tratamento, quando do cumprimento/realização da referida finalidade;

18.2. O participante autoriza a Controladora a compartilhar os dados pessoais e

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

assistenciais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades acima descritas, observando o disposto na Lei 13.709/2018;

- 18.3. A Controladora é responsável pelas medidas de segurança dos dados pessoais e sensíveis compartilhados, devendo comunicar tanto ao participante como à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) eventual incidente de segurança;
- 18.4. A autorização ora concedida refere-se a todo o período necessário para execução/prestação de quaisquer finalidades descritas neste Termo, e ainda após o término, neste caso para o cumprimento de obrigações legais ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei 13.709/2018;
- 18.5. O participante tem plena ciência de que para a disponibilização/realização de quaisquer finalidades descritas neste termo a Controladora precisará tratar os dados pessoais e sensíveis e que eventual pedido de eliminação de tais dados inviabilizará a realização de tal finalidade;
- 18.6. Poderá ser obtida da Controladora, a qualquer momento, mediante requisição, todas as informações constantes no artigo 18 da Lei 13.709/2018;
- 18.7. O participante foi devidamente informado (a) pela CASSI que este consentimento poderá ser revogado, a qualquer momento, mediante procedimento gratuito e facilitado, estando ciente, ainda, que tal revogação poderá implicar na inviabilidade de execução/prestação de quaisquer finalidades descrita neste termo; e
- 18.8. A Controladora deverá permanecer com os dados do participante pelo período mínimo para guarda de documentos, sobretudo no que diz respeito ao prontuário do paciente, mesmo após eventual encerramento do vínculo contratual.

**Do Termo de Responsabilidade:**

19. O participante reconhece a responsabilidade acerca da veracidade dos documentos apresentados nas solicitações de reembolso, estando ciente que:
- 19.1. É vedada a solicitação de reembolso utilizando cupons fiscais, notas fiscais ou qualquer comprovante de pagamento que seja duplicado ou apresente indícios de irregularidade;
- 19.2. Não é permitido solicitar reembolso de itens que não estejam listados na

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA  
DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

LIMACA;

- 19.3. É proibido solicitar reembolso de quantidades ou valores que não correspondam ao efetivamente registrado no comprovante de pagamento apresentado ou ainda em quantidade maior do que a autorizada pela CASSI.
20. É de pleno conhecimento do participante que qualquer uso indevido das informações ou tentativa de fraude resultará na sua exclusão imediata do Programa e na responsabilização legal, tanto no âmbito cível como penal, conforme a legislação aplicável, bem como à luz do RPA.
21. Com a assinatura do presente Termo, a CASSI fica desde já autorizada a debitar da conta corrente do associado, conforme cadastro, possíveis valores pagos equivocadamente ou decorrentes de fraude.

**Da exclusão do Programa**

22. A adesão ao Programa será cancelada e os incentivos/abonos relacionados no presente Termo serão excluídos quando forem observados, por meio de monitoramento, ausência de atendimento por 12 (doze) meses consecutivos nos serviços de Atenção Primária à Saúde da CliniCASSI (própria ou parceira, quando houver) ou do serviço de Telessaúde APS, bem como ausência por 12 (doze) meses consecutivos de interação de solicitação de concessão do benefício do presente Termo.

**Da Aceitação dos Termos:**

23. Ao assinar este Termo, o participante declara a plena compreensão e aceitação dos termos e condições estabelecidos pelo Programa de Assistência Farmacêutica - PAF.

---

Local e data

---

Assinatura do responsável pelo participante

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA  
DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

Assinatura do Associado Titular ou de seu representante legal.  
(indispensável quando o participante não for o titular do Plano de Associados).

Conferido:

\_\_\_\_\_  
CASSI

Recebida cópia confere com o original  
em \_\_/\_\_/\_\_ e arquivado no  
SOC na aba PAF Adesão.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do  
Colaborador CASSI

**Base Legal Aplicável (LGPD):**

- (+) Consentimento do Titular – LGPD, art. 7º, inciso I.
- (+) Cumprimento de Obrigação Legal ou Regulatória-LGPD, art. 7º, inciso II.
- (+) Legítimo Interesse - LGPD, art. 7º, inciso IX.

---

**PAF - TERMO DE ADESÃO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA  
DA CASSI - REPRESENTANTE – TERMO DE ADESÃO**

---

**DECLARAÇÃO DE INCAPACIDADE DE PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_  
e no RG sob nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado no endereço  
\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_,  
Estado (UF) \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_ Telefone nº \_\_\_\_\_,  
Telefone \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ E-mail  
\_\_\_\_\_, **declaro para os devidos fins que tenho  
sob minha responsabilidade, tendo em vista que se encontra incapacitado para  
atos da vida civil**, meu/minha \_\_\_\_\_, Sr(a) \_\_\_\_\_,  
participante da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI  
sob a matrícula de nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado no endereço  
\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado  
(UF) \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Telefone nº \_\_\_\_\_ Telefone  
Celular nº \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_,  
comprometendo ajuizar ação de curatela para que possa, de forma legal, ser nomeado  
curador do(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, sob pena de exclusão do Participante  
do Programa de Assistência Farmacêutica (PAF). Tão logo receba o documento  
judicial, devo apresentar a CASSI.

A presente declaração é a expressão da verdade pela qual me responsabilizo para todos  
os efeitos legais.

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Nome por extenso e assinatura do representante do Participante)