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

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

Formalizo, na condição de representante de

_____,
participante do Plano _____ da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) sob a matrícula _____, sua 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.
3. Para obter a autorização, o participante deve apresentar obrigatoriamente os seguintes documentos:
 - a) Prescrição (receita) original, para os medicamentos sujeitos a Controle Especial;
 - b) Relatórios médicos que subsidiem a autorização, conforme orientações da CASSI;
 - c) Resultados dos seguintes exames clínico-laboratoriais: pressão arterial, glicemia, hemoglobina glicada, perfil lipídico (colesterol total e frações),

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

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 uso 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 realizada pelo participante 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.
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).

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

- 10.O pedido 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 nos normativos da CASSI, 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 DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA DA CASSI - REPRESENTANTE

Assim, por aceitar todas as condições previstas neste Termo, formalizo, na condição de representante do Participante, a adesão de (nome do participante) ao Programa de Assistência Farmacêutica da CASSI (PAF) e **AUTORIZO**, sob minha responsabilidade, o Banco do Brasil S.A. ou a CASSI a creditar, 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 responsável pelo Participante

Assinatura do Associado Titular ou de seu representante legal.

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

Conferido pela CASSI

Recebi cópia em ___ / ___ / ___

Assinatura do participante

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

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)