



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



PLANO CAFAZ MASTER PLUS





TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO	03
TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	04
TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	04
TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA	10
TEMA V - DURAÇÃO DO CONTRATO	11
TEMA VI – PERÍODO DE CARÊNCIA	11
TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	12
TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	13
TEMA IX - ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	14
TEMA X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	15
TEMA XI – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	18
TEMA XII - REAJUSTE	18
TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS	19
TEMA XIV – BÔNUS/ DESCONTOS	19
TEMA XV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	19
TEMA XVI – RESCISÃO	20
TEMA XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS	20
TEMA XVIII - REGRAS DA LGPD	22
TEMA XIX – ELEIÇÃO DO FORO	22
DECLARAÇÃO	23



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



Registro ANS: 35.912-2 C.N.P.J:63.367.700/0001-39

Razão Social: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES FAZENDÁRIOS ESTADUAIS

Plano: CAFAZ MASTER PLUS

Registro: 467.245/12-3 Data de Registro: 24/07/2012 19:00:25

Dados Gerais

Contratação: Coletivo por adesão Abrangência Geográfica: Estadual

Segmentação Assistencial: Ambulatorial . Hospitalar com obstetrícia

Formação de Preço: Pós-estabelecido

Vínculo do Beneficiário: Sem vínculo empregatício

Padrão de Acomodação: Individual

Fator Moderador: Coparticipação, Franquia

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

Livre Escolha

Livre Escolha:

Consultas Médicas, Exames Complementares, Terapias, Atendimento Ambulatorial.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES FAZENDÁRIOS ESTADUAIS - CAFAZ, com sede na Cidade Fortaleza, Estado do Ceará, na Avenida Francisco Sá, nº. 1733, Jacarecanga, inscrita no CNPJ/MF sob nº 63.367.700/0001-39, neste ato representado por seu representante legal abaixo assinado (doravante denominada "CONTRATANTE"), e, do outro lado,

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando à cobertura de serviços de assistência médica e hospitalar, de diagnóstico e terapia do Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, para todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, para a segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, dentro da área de abrangência geográfica contratada,



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



de acordo com as condições gerais estabelecidas no presente instrumento.

Este instrumento é um contrato de adesão, bilateral, que gera direito e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

A adesão ao presente contrato dar-se-á na data definida na proposta de adesão, que será emitida pela CONTRATADA após o cumprimento das formalidades constantes neste instrumento.

A proposta de adesão será emitida após o cadastro do proponente titular e de seus dependentes em sistema informatizado da CONTRATADA.

Ao emitir a proposta de adesão, a CONTRATADA efetiva a adesão do proponente ao plano, que passa a integrar o presente contrato.

Fica assegurada a inscrição do menor adotivo até 12 (doze) anos com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante. Fica assegurado também o direito de inscrição de recém-nascido, até 30 (trinta) dias após o nascimento, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo.

O plano ora contratado destina-se aos servidores fazendários estaduais ativos, os aposentados, pensionistas de servidores fazendários estaduais e ex-servidores fazendários estaduais, bem como seus respectivos grupos familiares definidos na legislação em vigor.

O proponente deverá comprovar a idade, informar o sexo e o grau de parentesco em relação ao titular, de todos os dependentes incluídos no Formulário de Solicitação de Análise de Proposta.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O plano da CONTRATADA, depois de cumpridos os prazos de carência compromete-se a prestar ao(s) beneficiário(s), assistência à saúde continuada, através de serviços próprios ou por rede credenciada, compreendendo abrangência médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação, definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, disponíveis na página da ANS na internet em www.ans.gov.br e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, alcançando as seguintes coberturas, sendo certo que todo e qualquer atendimento, fica desde já assegurado, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica independentemente do local de origem do evento:

- 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 Cobertura de atendimento para urgências e emergências, tanto ambulatorial quanto hospitalar.
- III Cobertura de Serviços de Apoio Diagnóstico, Tratamentos e demais Procedimentos Ambulatoriais, incluindo Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



- IV A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
- V Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.
- VI Procedimentos considerados especiais:
 - Hemodiálise Crônica e Diálise Peritonial CAPD;
 - 2. Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
 - 3. Radioterapia Ambulatorial incluídos todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
 - 4. Hemoterapia Ambulatorial;
 - 5. Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais;
 - 6. Hemodinâmica Ambulatorial.
- VII Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos Codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/ 10ª Revisão CID 10, de acordo com a Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares que venham a ser expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou pelo Ministério da Saúde, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo as seguintes coberturas:
 - O Tratamento Básico é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
 - 2. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco à vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
 - 3. Psicoterapia de Crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais de área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 18 (dezoito) sessões por ano de vigência do contrato, não cumulativas.
 - 4. Internação em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermaria psiquiátrica em hospital geral e tratamento em regime de hospital-dia, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
 - 4.1 Para aqueles diagnósticos classificados entre os códigos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 assim identificados no CID 10, terão assegurado, além dos prazos definidos acima, para situações de crise, a cobertura estendida em 180 (cento e oitenta) dias, por ano, em regime de hospital-dia.
 - 5. 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



5.1 Todas as modalidades de internação psiquiátrica, conforme listado acima, que excederem seu prazo máximo de cobertura, será obrigatório o beneficiário contribuir no custeio de cada diz excedente que estará de acordo com os limites definidos pelos normativos vigente à época da contratação e se dará na forma de COPARTICIPAÇÃO, sendo garantido ao beneficiário que o limite máximo de sua COPARTICIPAÇÃO será de 50% (cinquenta por cento) limitado a 4 (quatro) cotas apuradas mensalmente pelo sistema de rateio, observados os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.

- 6. Exames complementares indispensáveis para o 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.
- 7. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica.
- 8. Cobertura das despesas com o acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos ou com idade igual ou superior a sessenta anos e ainda para portadores de necessidades especiais.
- 9. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, estando também incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

VIII – Atendimentos em unidade hospitalar, compreendendo:

- Internações, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica.
- Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.
- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- 4. 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.
- Cobertura de toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica.
- Cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



- Cobertura de cirurgia buco-maxilo-facial, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados.
- 8. Cobertura de transplantes de córneas, rins e autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, ou seja, com doares vivos, com os medicamentos utilizados durante a internação, com as despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, ressalvando que estão excluídos os medicamentos de manutenção.
- 9. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados em âmbito ambulatorial, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
 - a) Hemodiálise e diálise peritonial CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia incluídos todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente;
 - d) Hemoterapia;
 - e) Nutrição parenteral ou enteral;
 - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - i) Procedimentos de fisioterapia aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - j) Radiologia intervencionista.
- IX Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e também na assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.
- X Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.
- XI Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- XII Cobertura dos transplantes de rins e córneas e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



aquelas necessárias à realização dos transplantes incluindo as despesas assistenciais com doares vivos, os medicamentos utilizados durante a internação e o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo admitida a exclusão de medicamento de manutenção e as despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XIII – Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério, de um acompanhante indicado pela mulher durante o parto e pós-parto imediato, e assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação da DLP ou aplicações de CPT ou Agravo.

XIV – Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar.

XV – Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo como o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XVI – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão tanto ser realizados por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

XVII – Nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade hospital-dia, em internações de curta permanência, fica estabelecido que esta se dará a critério do médico assistente.

O Plano de Assistência à Saúde será normatizado por este Regulamento, sendo prestado em caráter eletivo e de urgência / emergência, para as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações, nos termos da lei, nos seguintes programas:

1. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência hospitalar será prestada em caráter eletivo e de urgência/ emergência, por meio de procedimentos em clínicas básicas especializadas e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em hospitais contratados, conforme se segue:

- 1.1 Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 1.2 Cobertura de internações em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- 1.3 Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 1.4 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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;



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



- 1.5 Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- 1.6 As despesas de acompanhante serão cobertas pelo Plano, estritamente, para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos de idade;
- 1.7 Transplantes de rim e córnea incluídas todas as despesas com procedimentos vinculados (captação, transporte e preservação dos órgãos provenientes de doador cadáver, cobertos na forma de ressarcimento ao SUS), bem assim aquelas necessárias à realização do transplante, tais como despesas assistenciais com doares vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico ou no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- 1.8 Cirurgia plástica reparadora quando efetuada exclusivamente para restauração de órgãos ou funções;
- 1.9 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- 1.10 Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- 1.11 Cobertura para os procedimentos, abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:
 - a) Hemodiálise e diálise peritonial CAPD;
 - b) Quimioterapia;
 - c) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - d) Hemoterapia;
 - e) Nutrição parenteral ou enteral;
 - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) Embolizações e radiologia intervencionista;
 - h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - i) Fisioterapia (artigo 5°, II da Resolução CONSU nº 10/1998).

2. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

A assistência de internação em Saúde Mental consiste na cobertura para tratamento dos transtornos psíquicos, nos termos da lei, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento de pessoas portadoras de psicopatologias, nos seguintes termos:

- a) O custeio integral de, pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

Haverá coparticipação na internação em hospital ou clínica por dias excedentes que será de 50% (cinquenta por cento) limitado a 4 (quatro) cotas apuradas mensalmente no sistema de rateio, das despesas médicas e hospitalares



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



ocorridas a partir do primeiro dia que ultrapassar os prazos definidos em lei, dentro de um mesmo período anual de vigência do plano e estará de acordo com o normativo vigente à época do contrato.

TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos deste contrato o atendimento ou a cobertura de despesas ou ressarcimento para os eventos abaixo relacionados, salientando desde logo que quaisquer complicações decorrentes e/ou relacionadas a eventos não cobertos constituem novo evento independente do evento inicial:

- 1. Atos ilícitos, interrupção da gravidez, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- 2. Cirurgia plástica estética;
- Cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- 4. Prótese dentária e ortodontia ou tratamentos com tal finalidade:
- 5. Implantodontia;
- 6. Cirurgias e/ou tratamentos odontológicos com finalidade estética;
- 7. Enfermagem particular e assistência médica domiciliar, inclusive fornecimento de materiais e medicamentos, salvo os pacientes regularmente inscritos no Programa de Atendimento Domiciliar e sob supervisão da CAFAZ;
- 8. Aparelhos ortopédicos e para substituição ou complementação de função;
- 9. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, bem como materiais e medicamentos importados não nacionalizados, não ligados ao ato cirúrgico;
- 10. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 11. Vacinas preventivas e autovacinas;
- 12. Despesas com doadores de órgãos, transporte e armazenamento de órgãos a serem transplantados, excetuandose transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos;
- 13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 14. Exames admissionais e demissionais, bem como procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;
- 15. Aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles necessários em regime de internação hospitalar;
- 16. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 17. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 18. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- 19. Exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes:
- 20. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 21. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 22. Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar;



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



- 23. Consultas domiciliares (exceto para pacientes portadores de doenças crônicas e incapacitantes que fazem parte do Programa de Atendimento Domiciliar PAD);
- O reembolso de qualquer natureza quando houver prestador credenciado, exceto nos casos de urgências e emergências;
- 25. Remoções por via terrestre ou aérea (exceto quando o BENEFICIÁRIO optar pela cobertura adicional em contrato específico), garantidas as remoções para o SUS e aquelas motivadas pela falta de recursos oferecida pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;
- 26. Despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar;
- 27. Despesas com acompanhantes para pacientes com idade a partir de 18 (dezoito) anos e inferior a 60 (sessenta) anos, exceto dos portadores de necessidades especiais e o acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- 28. Exames e tratamentos não disponíveis no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, vigente à época do evento independentemente da causa;
- 29. Doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde;
- 30. Transplantes, excetuando-se de córnea, rim e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 31. Gesso sintético;
- 32. Inseminação artificial;
- 33. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, quando, por imperativo clínico, for necessária a estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos.

TEMA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato é por prazo indeterminado e o início de sua vigência dar-se-á a partir da assinatura da proposta de adesão ou da assinatura do instrumento jurídico em si ou ainda do primeiro pagamento da mensalidade, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a contar do início de sua vigência e será prorrogado automaticamente por prazo indeterminado, desde que o(s) CONTRATANTE(S) venha(m) cumprindo todas as cláusulas contratuais, sendo vedada a cobrança de taxa ou quaisquer outros valores e sendo vedada também a incidência de qualquer período adicional de carência.

TEMA VI - PERÍODO DE CARÊNCIA

Cada beneficiário cumprirá, a partir de seu ingresso no plano, os seguintes prazos de carência, contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



Em dias	Coberturas		
24 horas	Acidentes pessoais Urgência/ Emergência		
30	Consultas médicas		
30	Exames complementares básicos (Laboratoriais e radiológicos), respeitado o disposto nas alíneas seguintes:		
180	Exames e tratamentos especiais: densitometria óssea; ecocardiografia; eletrocardiografia dinâmica;		
	monitoração contínua da pressão arterial; exames oftalmológicos especiais; exames		
	otorrinolaringológicos especiais; provas de função pulmonar; ultrassonografia; audiometria;		
	impedanciometria; cardiotocografia; fisioterapia ambulatorial; fonoaudiologia; psicologia; terapia		
	ocupacional; escleroterapia de veias; exames e tratamentos especiais; acupuntura; angiografia;		
	angioplastia; arteriografia; broncoscopia; laringoscopia; cardio-simulação transeofágica; colonoscopia;		
	cintilografia; flebografia; exames imuno-histoquímicos ou imunoperoxidade; eletroneuromiografia;		
	histeroscopia e videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica; artroscopia diagnóstica e terapêutica;		
	medicina nuclear; nefrolitotripsias ressonância nuclear magnética; tomografia computadorizada;		
	hemodiálise e diálise peritonial; quimioterapia; radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia,		
	eletronterapia etc.); hemoterapia; radiologia intervencionista; endoscopia diagnóstica e terapêutica;		
	exames estereotáxicos; exames genéticos; mamografia; hemodinâmica diagnóstica e terapêutica;		
	neurofiosiologia clínica; neuroradiologia; teste ergométrico; cirurgias ambulatoriais; internações clínicas e		
	cirúrgicas, inclusive em hospital dia; transplantes (rim e córnea).		
300	Partos a termo		

Nos contratos de planos Coletivos por Adesão, não será exigido o cumprimento de carências se:

- 1) A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato.
- 2) O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doenças e lesões preexistentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

Cobertura parcial temporária é a cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente à doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal pela ocasião da contratação ou adesão ao plano.

O plano ora contratado oferece cobertura total, salvo nos casos, em que, após exame admissional, for detectada preexistência.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



TEMA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Emergência: é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

Atendimentos na urgência e emergência:

Para os casos de urgência e emergência a CONTRATADA garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

Para os casos de urgência e emergência, o beneficiário terá assistência integral, isto é, da sua admissão até a sua alta, salvo nas seguintes hipóteses:

- I Atendimento de beneficiário que ainda está cumprindo carência para internação.
- II Necessidade de assistência médica hospitalar para o parto a termo quando a beneficiária ainda está cumprindo carência para tal procedimento.

Somente nos dois casos acima o atendimento será limitado as primeiras 12 horas ou até que ocorra a necessidade de internação, quando cessa a responsabilidade financeira da CONTRATADA, mas garantindo esta a remoção para o SUS.

A CONTRATADA, no caso de remoção para unidade do SUS, dispõe que:

- I Quando da impossibilidade de remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando a CONTRATADA desobrigada desse ônus;
- II Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III Na remoção a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida e só cessará sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela a continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item II, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

As limitações previstas acima não se aplicarão caso o atendimento decorra de acidente pessoal os quais terão garantia para atendimentos, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e guatro) horas de vigência do contrato.

Reembolso de Despesas nas Emergências / Urgências:

Nos atendimentos de emergência ou urgência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela CONTRATADA, fica assegurado ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



Os requerimentos de reembolso deverão ser entregues no Setor de Atendimento da CONTRATADA acompanhados da documentação imprescindível ao ressarcimento tais como: recibos, requisições, relatórios médicos, notas fiscais e faturas que deverão ser apresentados em vias originais.

Não serão considerados para reembolso:

- I Documentos rasurados, emendados, ilegíveis ou com dupla grafia, sem ressalva dos emitentes;
- II Comprovantes de despesas em desacordo com o previsto neste instrumento contratual;
- III Comprovantes de pagamentos efetuados há mais de 01 (um) ano da data de entrega do requerimento.

Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento, pela CONTRATADA, da documentação completa.

O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação acima listada.

O valor a ser reembolsado será o da relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede assistencial deste plano.

TEMA IX - ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Os beneficiários poderão utilizar o regime de livre escolha para os eventos previstos no Rol de Procedimentos da ANS e de suas atualizações.

É garantido o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, das despesas efetuadas pelo Beneficiário, pelo atendimento de assistência à saúde por prestadores não participantes da rede contratada ou credenciada desta Caixa de Assistência.

O acesso à livre escolha de prestadores abrangerá:

- a) Consultas médicas;
- a) Exames complementares;
- b) Terapias ambulatoriais;
- c) Atendimento ambulatorial.

Medicamentos e materiais cirúrgicos:

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços do guia farmacêutico Brasíndice, vigente na data do pagamento. Os materiais não constantes do referido guia serão reembolsados de acordo com os preços médios de venda do mercado.

Honorários profissionais:

O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na tabela utilizada para pagamento dos prestadores de servicos, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previsto para cada procedimento.

A CONTRATADA assegura que o valor do reembolso, pelas despesas efetuadas com o atendimento de assistência à saúde acima referida, não será inferior ao praticado com sua rede credenciada ou contratada.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



Serão reembolsadas somente as despesas comprovadas em documentos originais, a saber:

- Os recibos ou notas fiscais originais quitados deverão ser apresentados para fazer jus ao reembolso no prazo máximo de até 12 (doze) meses da data do evento;
- Os recibos ou notas fiscais deverão conter CPF/ CNPJ do prestador, CRM, assinatura sobre o carimbo do médico, nome do USUÁRIO, CID 10, descrição do serviço prestado e data de prestação do serviço;
- Nos exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada, cintilografia, hemodinâmica, mapeamento cerebral ou outros procedimentos de alta complexidade, anexar relatório médico contendo diagnóstico, CID 10 e código CBHPM, para análise médica;
- Nas internações clínicas ou cirúrgicas, anexar relatório médico contendo diagnóstico, CID 10 e código CBHPM, para análise médica.

TEMA X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É reservado à CONTRATADA o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissional, sob a égide da Lei nº 9.656/98 e quaisquer outras regulamentações pertinentes, sendo então adotadas, as seguintes medidas de regulação:

- 1. Ao longo da vigência do contrato, a CONTRATADA compromete-se a preservar a rede de hospitais credenciados e, no caso de descredenciamento por parte da CONTRATADA, fica garantida a substituição por outra instituição hospitalar equivalente, mediante comunicação aos beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS com 30 (trinta) dias de antecedência.
- 2. É facultada a CONTRATADA a substituição de entidade hospitalar desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- 3. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o texto acima ocorrer por vontade da Operadora durante o período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a Operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. É vedado o redimensionamento por redução na rede hospitalar sem a expressa autorização da ANS.
- 4. A CONTRATADA poderá a qualquer momento, durante a vigência deste contrato, adotar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários, de livre adesão, com ou sem a cobrança de pagamento, caso venham a ser cobradas quaisquer taxas, contribuição ou adesão, não poderão ser incorporados ao valor da sua mensalidade.
- 5. Poderá ser feito a transferência deste Plano para outro, mediante acordo entre as partes. A transferência de planos poderá ocorrer, a qualquer tempo, aproveitando os períodos de carência já cumpridos, podendo ser instituídas carências para novos procedimentos não incluídos no presente contrato.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



- 6. São consideradas partes integrantes deste contrato: a proposta de adesão, a tabela de preços vigente a época, o manual do usuário/guia médico, a declaração de saúde do beneficiário inscrito e carta de orientação ao beneficiário.
- 7. O direito de credenciamento e de descredenciamento de profissionais e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento são de competência exclusiva da CONTRATADA. Em casos de descredenciamento, a CONTRATADA deverá manter em seu quadro outros profissionais credenciados necessários ao atendimento dos beneficiários.
- 8. A rede de prestadores de serviços será divulgada através do Guia de Credenciados, editado periodicamente, bem como através do Jornal da CONTRATADA, impressos e disponibilizado ainda no seu site.
- 9. É obrigatória a entrega ao BENEFICIÁRIO, quando de sua inscrição, da cópia do contrato, da carteira de identificação e do Manual do Usuário / Guia Médico, de forma impressa, descrevendo em linguagem simples e precisa, todas as características operacionais do produto contratado, constando também a apresentação da rede assistencial, própria e credenciada, devidamente habilitada, disponível para sua utilização.
- 10. Ficarão disponíveis na sede da CONTRATADA, na internet, no tele-atendimento, para o BENEFICIÁRIO as atualizações do Manual do Usuário/ Guia Médico.
- 11. Fica assegurado que serviços de diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, mesmo que não pertença à rede credenciada.
- 12. O atendimento dos beneficiários nos prestadores dar-se-á diretamente na rede credenciada, no Setor de Admissão, através da comprovação de identidade do beneficiário (carteira do associado e registro geral).
- 13. Para os procedimentos que requerem autorização prévia a CONTRATADA disponibiliza gratuitamente, à rede credenciada, uma ferramenta (sistema eletrônico) desenvolvida conforme especificações técnicas da ANS para esse fim e uma equipe de profissionais qualificados, para proceder à autorização no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.
- 14. Nos procedimentos caracterizados como de urgência e emergência, além daqueles que não requerem autorização prévia (consultas e exames laboratoriais simples) o prestador autoriza, no seu Setor de Admissão, diretamente no sistema eletrônico cedido pela CONTRATADA.
- 15. As divergências e as dúvidas de natureza médica relacionadas com os serviços objetos deste contrato serão dirimidas por junta médica composta de três membros, sendo um nomeado pelo CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 16. Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade mais próxima da CONTRATADA.
- 17. A CONTRATADA garantirá que nos casos de situação de divergências médicas a respeito de autorizações prévias, a definição do impasse se dará através de uma junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



usuário, por médico da Operadora e por terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

- 18. Este Plano possui COPARTICIPAÇÃO e COPARTICIPAÇÃO FIXA (FRANQUIA):
 - 18.1 COPARTICIPAÇÃO é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora posteriormente a utilização do serviço, de acordo com o normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS vigente na época da contratação.

Segmento Ambulatorial:

- a) Consultas no percentual de 20% limitado a 2 (duas) cotas apuradas mensalmente pelo sistema de rateio.
- b) Exames básicos de diagnósticos no percentual de de 20% limitado a 2 (duas) cotas apuradas mensalmente pelo sistema de rateio.
- c) Exames especiais de apoio diagnóstico no percentual de 20% limitado a 2 (duas) cotas apuradas mensalmente pelo sistema de rateio.
- d) Procedimentos básicos a nível ambulatorial no percentual de 20% limitado a 2 (duas) cotas apuradas mensalmente pelo sistema de rateio.
- e) Procedimentos especiais a nível ambulatorial no percentual de 20% limitado a 2 (duas) cotas apuradas mensalmente pelo sistema de rateio.

Os valores ou percentuais referentes à COPARTICIPAÇÃO serão devidamente preenchidos no momento da contratação.

18.2 COPARTICIPAÇÃO FIXA (FRANQUIA), que é o valor financeiro a ser pago pelo CONTRATANTE diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

No Segmento Hospitalar:

- a) Internação clínica ou cirúrgica no valor máximo de 20 (vinte) cotas do rateio.
 - O valor estipulado a título de COPARTICIPAÇÃO fixa neste procedimento se dará por internação.
- b) Procedimentos básicos e especiais a nível hospitalar no valor de 20 (vinte) cotas do rateio.
 - O valor estipulado a título de COPARTICIPAÇÃO fixa nestes procedimentos se dará por evento.

Em todo e qualquer evento de internação clínica ou cirúrgica e procedimentos básicos ou especiais a nível hospitalar, a CONTRATADA assumirá no mínimo 50% (cinquenta por cento) do valor do procedimento realizado.

Nos casos em que o valor do procedimento realizado ultrapassar duas vezes o valor da COPARTICIPAÇÃO fixa, a CONTRATADA assumirá o excedente ao valor da franquia.

Os valores referentes à COPARTICIPAÇÃO sobre os eventos: consultas, exames básicos de apoio diagnóstico, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos básicos a nível ambulatorial e procedimentos especiais a nível ambulatorial serão calculados tendo como base as tabelas praticadas pela CONTRATADA com sua rede credenciada ou referenciada, que serão divulgadas através de atos normativos, de impressos científicos, disponibilizados e atualizados no portal



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



www.cafaz.org.br, sempre quando houver alterações.

A cobrança somente será realizada, na média, de 30 (trinta) a 60 (sessenta) dias após a realização do procedimento, não havendo cobrança de nenhuma quantia no momento da utilização. Em caso de cancelamento do plano de saúde, serão apurados e cobrados pela CONTRATADA eventuais valores originários da COPARTICIPAÇÃO, estando o usuário desde já ciente de sua obrigação com o possível débito.

TEMA XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

A CONTRATADA por ser uma Operadora na modalidade de autogestão não vincula o pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários a nenhuma pessoa jurídica.

Este contrato é regido pelo regime PÓS-ESTABELECIDO em sistema de RATEIO, ou seja, quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, sendo o valor total das despesas assistenciais dividido pela quantidade total de beneficiários do plano, acrescido dos valores originados de coparticipações, independentemente da utilização da cobertura.

RATEIO é o critério em todas as despesas são somadas e divididas proporcionalmente com o conjunto de usuários, obedecendo a uma tabela por faixa etária. Do rateio calcula-se o valor unitário da cota, considerando o total de despesas e o total de usuários, definindo-se quanto da cota cada faixa etária contribuirá. O rateio deverá ocorrer mensalmente havendo diferenciação nos valores atribuídos a cada beneficiário, para maior ou para menor, refletindo a realidade de utilização dos serviços do plano.

Todos os pagamentos serão feitos pelo CONTRATANTE através de desconto em folha de pagamento, nos prazos de cobrança e na forma estabelecida nos documentos emitidos pela CONTRATADA.

O pagamento em atraso poderá sofrer acréscimo de juros limitados ao percentual de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia) e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

A quitação de contraprestações pecuniárias mensais não quita débitos anteriores.

Por se tratar de plano sem patrocínio, o beneficiário arcará com os valores referentes aos serviços utilizados.

TEMA XII - REAJUSTE

O BENEFICIÁRIO assume o compromisso do pagamento da cota mensal por beneficiário incluso no plano descrito neste instrumento contratual, de acordo com as faixas etárias, sendo do seu conhecimento os percentuais praticados em decorrência da mudança de faixa etária e do valor da cota.

As cotas serão alteradas de conformidade com o resultado do rateio mensal.

Os valores praticados entre a Operadora e os prestadores de sua rede serão negociados anualmente, tendo como referência a Tabela CBHPM ou qualquer outra que venha substituí-la vigente à época.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Os reajustes previstos nesta cláusula incidirão sobre o valor da última mensalidade paga e somente serão cobrados no mês sequinte ao da respectiva ocorrência.

1.	Faixas Etárias	
	I – 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;%	
	II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;%	
	III – 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;%	
	IV – 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;%	
	V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;%	
	VI – 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;%	
	VII – 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	_%
	VIII – 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	_%
	IX – 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;	%

- 2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- 3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

TEMA XIV - BÔNUS - DESCONTOS

X – 59 (cinquenta e nove) ou mais.

Não contempla.

TEMA XV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei e desde que o BENEFICIÁRIO TITULAR não se encontre internado, o presente contrato será rescindido de pleno direito, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo nas hipóteses a seguir:

- I Por inadimplência das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos, desde que o BENEFICIÁRIO TITULAR seja notificado até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência;
- II Sempre que por fraude, omissão ou dolo obtiver o BENEFICIÁRIO TITULAR ou BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) qualquer vantagem indevida, lesando os direitos da CAFAZ SAÚDE, desde que devidamente comprovado;
- III Por solicitação escrita do BENEFICIÁRIO TITULAR ou RESPONSÁVEL LEGAL pelo pagamento, inclusive se estiver internado;
- IV Se o CONTRATANTE impedir ou dificultar exame ou diligência necessária à ressalva dos direitos da CONTRATADA;
- V Se por má fé o CONTRATANTE omitir informações ou tentar, por qualquer meio, obter vantagem ilícita no cumprimento deste contrato:
- VI Se o CONTRATANTE tiver praticado voluntariamente qualquer omissão, inexatidão ou erro que tenham contribuído na aceitação das condições deste contrato.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

Nº 467.245/12-3



TEMA XVI - RESCISÃO

O plano poderá ser extinto por decisão da competente instância decisória conforme definido no Estatuto.

TEMA XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Não é admitida a presunção de que a CONTRATADA ou o CONTRATANTE não tenham tomado conhecimento de circunstâncias que constem deste contrato, dos anexos e de seus aditivos correspondentes.

Em caso de paralisação do atendimento por parte da Rede Credenciada, a CONTRATADA ressarcirá ao CONTRATANTE as despesas com serviços assistenciais cobertos por este contrato, dentro dos limites e valores constantes na TABELA CAFAZ, vigente na data do atendimento.

As coberturas não disciplinadas neste Contrato estarão sujeitas ao Regulamento de Auxílios da CAFAZ.

Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não tem direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10^a revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação nas despesas assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titulares e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos ou sindicais com a pessoa jurídica contratante do plano.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

TEMA XVIII - REGRAS DA LGPD

Ao presente contrato se aplicam os direitos e deveres constantes na Lei nº 13.853/2019, Lei Geral de Proteção de Dados. (a eleição de foro vira o Tema XVIII)

TEMA XIX - ELEIÇÃO DO FORO

Fica eleito, para dirimir eventuais questões decorrentes do cumprimento deste contrato, em casos de litígio ou pendência judicial, o foro do domicílio do CONTRATANTE, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja atendendo à Portaria nº 4 da SDE/MJ.

Fortaleza, 1º de junho de 2021



PLANO CAFAZ MASTER PLUS

N° 467.245/12-3



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que recebi da Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais - CAFAZ, inscrita no CNPJ sob o nº 63.367.700/0001-39, registrada na ANS sob o nº 35.912-2, localizada na Avenida Francisco Sá nº 1733, Bairro Jacarecanga, cópia do contrato de adesão ao plano CAFAZ MASTER PLUS, tendo conhecimento de todas as cláusulas nele contidas, o cartão do plano contratado e ainda o Guia Médico/ Manual do Usuário.

	Fortaleza, de de 2	20_
CPF:		
	Titule v/D con one four	
	Titular/Responsável	