



Grupo Caberj

Regulamento - Plano Maximus



grupo
caberj

Sua saúde. nosso maior valor.

REGULAMENTO

Maximus

Reg. nº 444525032



Capítulo I DO OBJETIVO

ARTIGO 1º - Objetivo:

O presente Contrato 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 9.656/1998, visando à assistência médico-hospitalar.

A assistência será prestada por prazo indeterminado, abrangendo as coberturas descritas no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste regulamento.

A assistência ora pactuada visa à recuperação e manutenção da saúde dos beneficiários, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

ARTIGO 2º - Modalidade:

A CABERJ é uma Operadora de Plano de Assistência à Saúde, na modalidade de medicina de grupo, sem finalidade lucrativa, registrada na ANS sob o nº 32.436-1.

ARTIGO 3º - Área de Abrangência:

Os serviços de assistência médico-hospitalar terão abrangência em todo território nacional.

ARTIGO 4º - Tipo de Contratação:

A contratação do plano se caracteriza por ser do tipo Coletivo por Adesão com vínculo associativo.

ARTIGO 5º - Segmentação Assistencial e Padrão de Acomodação:



Os serviços médico-hospitalares contratados possuem segmentação assistencial denominada Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, com padrão de acomodação individual.

Capítulo II

DOS BENEFICIARIOS

ARTIGO 6º - Titular:

São considerados Beneficiários Titulares, os ex-funcionários das empresas que compunham o Sistema Integrado BANERJ.

ARTIGO 7º - Dependentes:

Consideram-se como dependentes do beneficiário titular:

- a)** o (a) cônjuge;
- b)** os filhos (naturais ou adotivos), enteados solteiros, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos de qualquer idade;
- c)** o (a) companheiro (a), havendo união estável, na forma da lei, sem concorrência com o cônjuge, exceto por decisão judicial;
- d)** os tutelados e menores sob guarda.

ARTIGO 8º - Documentos Comprobatórios:

I - Para inscrição na CABERJ, o beneficiário titular se obriga a apresentar, além dos documentos de identidade (para maiores de idade), CPF (para menores e maiores de idade) e comprovante de residência (para menores e maiores de idade), para todas as condições de beneficiários, os seguintes documentos oficialmente instituídos:

- a)** Beneficiário Titular: comprovação de ter trabalhado nas empresas que compunham o Sistema Integrado BANERJ.
- b)** Cônjuge: certidão de casamento.
- c)** Companheiro (a): ato declaratório em cartório confirmando a união ou certidão de nascimento de filho em comum.



d) Filhos em comum ou filhos de companheiro(a) incluído(a): certidão de nascimento.

e) Tutelados e menores sob guarda: determinação judicial que caracterize tal condição.

II - Caberá à CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo do Titular com ela própria e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o Titular, quando solicitados pela CONTRATADA.

III - A adesão ao Plano das pessoas físicas vinculadas à CONTRATANTE, na condição de seus Associados, e dos respectivos Dependentes, será formalizada mediante preenchimento e assinatura da Ficha de Inscrição.

ARTIGO 9º - Inscrição dos Filhos:

Os filhos de beneficiário titular, nascidos na vigência do plano do titular, estarão automaticamente cobertos, durante o período de 30 (trinta) dias da data do nascimento, independente de sua inclusão, a qual deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do nascimento, para fazer jus à inclusão sem carência.

ARTIGO 10 - Inscrição do Cônjuge:

O cônjuge de beneficiário titular, desde que seja inscrito no Plano no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do casamento, cumprirá apenas as carências porventura existentes do beneficiário titular.

ARTIGO 11 - Inscrição dos Filhos Adotivos:

Os filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, poderão ser inscritos e fazer jus ao período de carência já cumprido pelo beneficiário titular, desde que sejam inscritos como dependentes no prazo de até 30 (trinta) dias da data de adoção judicial, observando-se as disposições do Capítulo VI, referentes aos prazos de carências.

ARTIGO 12 - Inscrição de Companheiro e Enteado:

O(a) companheiro (a) / enteado (a), desde que seja inscrito(a) no plano



no prazo máximo de 30 (trinta) dias do registro oficial, cumprirá apenas as carências porventura existentes do beneficiário titular.

ARTIGO 13 - Inclusão Fora do Prazo:

A inclusão de cônjuge, companheiro (a), filho(a) ou enteado (a) que ocorrer fora dos prazos determinados neste Regulamento, estará condicionada aos prazos de carência previstos neste regulamento.

ARTIGO 14 - Pensionista:

São considerados (as) pensionistas aqueles estabelecidos na forma da lei. Com o falecimento do beneficiário titular, não será permitido ao pensionista inscrever novos dependentes, salvo filho de gravidez existente à data da viuvez, podendo proceder à inscrição como seu dependente, mediante comprovação.

Capítulo III

DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

ARTIGO 15 - Coberturas:

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste regulamento, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.

Da Cobertura Ambulatorial:

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

I - cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em



número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

III - procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, realizados por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

IV - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a)** hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b)** quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c)** radioterapia;
- d)** procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e)** hemoterapia ambulatorial;
- f)** cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

V - tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

- a)** o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b)** a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c)** o tratamento básico, que 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.

VI - cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS, vigente a época do evento.

VII - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

VIII - cobertura de medicamentos registrados/regularizados pela ANVISA utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente a época do evento.

IX - cobertura de ações de planejamento familiar, conforme Diretriz de Utilização constante do Rol de Procedimentos da ANS, vigente a época do evento.

X - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente.

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia:

Durante a internação clínica, cirúrgica, obstétrica e psiquiátrica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, a critério do médico assistente;

III - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, próteses, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente e utilizados durante o período de internação hospitalar;

V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados,



assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território nacional;

VI - cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como pessoas com necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe.

VIII - cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

IX - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- a)** hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b)** quimioterapia oncológica;
- c)** radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d)** hemoterapia;
- e)** nutrição parenteral e enteral;
- f)** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g)** embolizações
- h)** radiologia intervencionista;
- i)** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j)** procedimentos de fisioterapia;
- k)** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos à transplante de Rim, Medula e Córnea, exceto medicação de manutenção.



I) cobertura de 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 oncológico.

X - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

XI - Cirurgia de esterilização masculina e feminina, de acordo com as diretrizes de utilização da ANS.

XII - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XIII - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato, incluindo alimentação;

XIV - cobertura assistencial ao recém-nascido, nascido no plano, filho natural ou adotivo do beneficiário(a), ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP, aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XV - todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico, em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação de 30% (trinta por cento) observadas as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes;

c) a cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes;

d) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

XVI - transplantes de rim, córnea, transplantes autólogos e alogênicos de



medula listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

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

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Artigo 16 - Coparticipação:

I - No regime ambulatorial, o beneficiário terá a seguinte participação:

a) 30% (trinta por cento) para consultas, procedimentos ambulatoriais, pronto socorro e exames complementares de valores inferiores a 30% do salário mínimo nacional.

b) 20% (vinte por cento) para tratamentos seriados de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.

c) 15% (quinze por cento) para exames complementares de valores iguais ou superiores a 30% do salário mínimo nacional.





d) Não haverá participação financeira do beneficiário nos procedimentos de quimioterapia venosa, radioterapia, diálise, hemoterapia, hemodinâmica e demais procedimentos considerados especiais, exceto a quimioterapia de uso oral domiciliar, que respeitarão os limites de coparticipação constantes dos itens a e c.

II - No regime hospitalar, não haverá cobrança de coparticipação.

Artigo 17 - Atendimento de Urgência e Emergência

É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos como quadros graves, clínicos, cirúrgicos ou mistos, capazes de causar risco de morte ou grande sofrimento para o paciente, necessitando de tratamento com a maior brevidade possível, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os quadros graves, clínicos, cirúrgicos ou mistos, com ameaça iminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, necessitando de solução imediata, conforme caracterizado em declaração do médico assistente.

Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação;

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA,



e seu valor será o mesmo praticado junto à rede assistencial do presente plano.

Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Artigo 18 - Remoção

A remoção do paciente será garantida nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Capítulo IV

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Artigo 19 – Exclusões:

Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados, que estão excluídos da cobertura contratual:

I - Procedimentos médicos que não constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento.

II - Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);

III - Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;

IV - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

V - tratamentos e cirurgias não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico;



VI - cirurgias para mudança de sexo;

VII - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

VIII - internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento, seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;

IX - Cirurgia refrativa de miopia com grau inferior a 5(cinco) e maior que 10 (dez) DE, com ou sem astigmatismo associado e de hipermetropia superior a seis (seis) DE, com ou sem astigmatismo associado.

X - Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadre nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

XI - Transplantes de: fígado; coração; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim, córnea e os transplantes de medula autólogo e alogênico;

XII - Implantes que não constem do rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

XIII - Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

XIV - Procedimentos em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;

XV - Exame de paternidade;

XVI - Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;

XVII - Necropsia

XVIII - medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.

XIX - Aquisição de óculos, gesso sintético, aparelho de surdez, aparelho destinado à reabilitação ou complementação da função;

XX - Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;

XXI - Fornecimento de próteses e órteses não registrados na ANVISA;



XXII - Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

XXIII - Vacina imunizante;

XXIV - Atendimento domiciliar em substituição a internação hospitalar;

XXV - Procedimentos, exames e atendimentos, mesmo nos casos de urgência e emergência, realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;

XXVI - Medicamentos de uso domiciliar, exceto se administrado em Unidade de Saúde;

XXVII - Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável, produtos de higiene pessoal, serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário tais como televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas não previstas neste regulamento.

XXVIII - Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;

XXIX - Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;

XXX - Todas as Despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto para o acompanhante de beneficiários menores de 18 anos e maiores de 60 anos e pessoas com necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XXXI - Serviços de enfermagem, em caráter particular, em regime hospitalar.

XXXII - Despesas com consultas, exames, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato;

XXXIII - Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e.

XXXIV – Internação domiciliar.



Capítulo V - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Artigo 20 - Doenças Preexistentes:

Tratando-se de Plano Coletivo por Adesão com número maior que 30 (trinta) beneficiários não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

Capítulo VI DAS CARÊNCIAS

Artigo 21 - Carências:

É o período de tempo, contado a partir da data de vigência do contrato, onde o beneficiário deverá permanecer, ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este, conforme definido no Capítulo III. A carência poderá ser total, parcial ou nula, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitando-se o(s) limite(s) estabelecido(s).

I - Urgência/Emergência – Quando o beneficiário estiver sujeito ao período de carência regulamentar, os casos de urgência e emergência estarão cobertos após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas de adesão ao plano. Se houver necessidade de internação, a Operadora se obriga a garantir a assistência nas primeiras 12 (doze) horas, ficando a responsabilidade financeira, após este prazo de cobertura, cabível ao beneficiário.

II - Dependentes – Conforme estabelecido no Capítulo II, não estará sujeito à carência regulamentar o cônjuge do beneficiário incluído até o 30º (trigésimo) dia posterior ao seu casamento e seus filhos nascidos durante a vigência do contrato, se incluídos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao nascimento, sejam os filhos naturais ou não. Na inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, o mesmo fará jus aos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular.

III - Compra de Carência – É vedada a compra de carência de beneficiários que desejarem ingressar no plano, por não ofertar a Contratada, planos com tipo de contratação individual ou familiar.

IV - Reingresso ao Plano – Se o Beneficiário solicitar o seu desligamento



do Plano ou for desligado por inadimplência, ao retornar ao plano, deverá assinar um novo contrato e cumprir novas carências, para reabilitar as suas garantias, devendo antes quitar seus débitos pendentes, se houver.

Artigo 22 - Prazo de Carências:

ITEM	EVENTOS / PROCEDIMENTOS	PRAZO
I	Atendimento de urgência / emergência.	24 horas
II	Consultas médicas e exames de análise clínica (exceto os previstos nos incisos seguintes)	30 dias
III	Procedimentos ambulatoriais, fisioterapia, acupuntura, orientação nutricional, fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional, reeducação postural global, exames de holter, ultra-sonografia, densitometria, mamografia, endoscopia, BERA, ecodoppler, teste ergométrico e provas de função pulmonar.	90 dias
IV	Exames especiais: ressonância magnética, tomografia computadorizada, cintilografia, angiografia, arteriografia, retinografia, neurorradiografia, eletromiografia, mapeamento cerebral, microscopia especular, urodinâmica, colangiopancreatografia e pet scan.	180 dias
V	hemodiálise, diálise peritoneal (CAPD), quimioterapia, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, nefrolitotripsia, cirurgias endoscópicas, embolização, radiologia intervencionista e mamotomia.	180 dias
VI	Internações: clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas de caráter eletivo ou de urgência de qualquer especialidade, transplante de rim, córnea e medula óssea.	180 dias
VII	Parto a termo	300 dias

Capítulo VII



DOS CREDENCIADOS

Artigo 23 - Rede Credenciada:

Os serviços médicos, hospitalares, e demais atendimentos da área de saúde, integrantes deste Regulamento, serão sempre, exclusivamente, prestados através de credenciados, dos quais o usuário declara ter pleno conhecimento.

No ato da adesão ao plano, será fornecido ao beneficiário o orientador médico do plano, obedecendo as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo este periodicamente atualizado e disponibilizado no site da Contratada ou pelo serviço de informações disponível na Central de Atendimento.

I - Estabelecimentos Hospitalares – A Contratada se reserva ao direito de cancelar os serviços preferenciais de hospitais, bem como nomear, se necessário, novos serviços de atendimento do mesmo padrão, 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.

- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

II - Substituição de Credenciados – A CABERJ reserva-se ao direito de cancelar os serviços preferenciais de médicos, laboratórios e demais atendimentos e se obriga, se necessário, a nomear novos serviços de atendimento do mesmo padrão.

Capítulo VIII



FORMAÇÃO DE PREÇO E REAJUSTE

Artigo 24 - Custeio:

O contrato classifica-se como sendo do tipo contributivo, através de contribuições pecuniárias mensais, em regime de pré-pagamento, acrescido das co-participações, conforme critérios previstos neste regulamento, referentes às despesas de serviços utilizados pelos beneficiário.

Artigo 25- Contribuição:

Para ter direito aos serviços contratados, o beneficiário pagará à CABERJ o valor da contribuição pertinente às coberturas estipuladas em função de sua idade, conforme faixas etárias descritas no artigo 26, de acordo com a Tabela de Preços de Contribuição, parte integrante deste Regulamento.

Artigo 26 - Faixas Etárias:

Compreendem 7 (sete) faixas para os planos comercializados até 31.12.2003 e 10 (dez) faixas etárias, a partir de 01/01/2004, inclusive, com as variações das mensalidades, em razão da idade dos beneficiários e reajustadas quando houver mudança de faixa etária.



FAIXAS ETÁRIAS DOS PLANOS COMERCIALIZADOS ATÉ 31.12.2003	%	FAIXAS ETÁRIAS DOS PLANOS COMERCIALIZADOS A PARTIR DE 01.01.2004 (INCLUSIVE)	%
De 0 a 17 anos	172,83	De 0 a 18 anos	-
De 18 a 29 anos	-	De 19 a 23 anos	63,25
De 30 a 39 anos	23,22	De 24 a 28 anos	0,94
De 40 a 49 anos	47,81	De 29 a 33 anos	22,76
De 50 a 59 anos	10,80	De 34 a 38 anos	0,84
De 60 a 69 anos	8,84	De 39 a 43 anos	46,00
70 anos e acima	-	De 44 a 48 anos	3,38
-	-	De 49 a 53 anos	10,79
-	-	De 54 a 58 anos	15,38
-	-	59 anos e acima	52,41

Mudança de Faixa Etária - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as Taxas Mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art.3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e mais dez anos no plano, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos planos e da operadora.

Percentuais de Variação por Faixa Etária - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

- a)** O valor fixados para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b)** A variação acumulada entre a 7ª (setima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.



Artigo 27 – Reajuste

I - Reajuste Anual

Será realizado anualmente o reajuste financeiro na data de aniversário do contrato, para manter o equilíbrio econômico-financeiro dos planos e da operadora, estabelecido em legislação.

Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o estabelecido a seguir:

a) Reajuste Financeiro pelo IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado). Em caso de descontinuidade do Índice será substituído em instrumento específico.

b) Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir:

O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 85% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

c) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item I (letra b), este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item I (letra a) e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

d) Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente.

e) Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com antecedência de 1 mês em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.



f) Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato.

II - Comunicação e Periodicidade do Reajuste

No mês de aplicação do reajuste a operadora comunicará ao contratante o índice de reajuste a que se refere o item I do artigo 27, conforme o caso.

Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

Artigo 28 - Formas de Pagamento:

O beneficiário obriga-se a pagar à CABERJ nos prazos convencionados, a seguir:

a) primeira mensalidade: no mês da adesão;

b) contribuições mensais: de acordo com a faixa etária e na data de seus vencimentos;

c) reajustes das mensalidades, por ocasião da fixação de novos valores, seja em função de reajuste financeiro ou de revisão técnica atuarial;

I - Responsabilidade do Beneficiário – O não recebimento do boleto ou cobrança mensal não desobriga o beneficiário de quitar sua mensalidade até a data do vencimento, para poder contar com as coberturas previstas neste Regulamento. Quando solicitada, até a data do vencimento, a CABERJ providenciará a 2ª via do boleto para a quitação do débito, podendo o mesmo ser obtido pelo próprio beneficiário através do site.

II - Contribuição Vencida – A partir da data de vencimento, a mensalidade será acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.



III - Exclusão por Inadimplência – Decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, o plano ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, considerando ainda ter sido o beneficiário comunicado até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência. Em hipótese alguma caberá restituição da parcela das mensalidades já pagas.

Capítulo IX

DO REEMBOLSO

Artigo 29 - Reembolso:

A CABERJ concederá reembolso de consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações, obedecendo às seguintes condições legais:

- a) em casos configurados como urgência/emergência, devidamente instruídos através de laudos médicos;
- b) em locais onde não haja credenciado disponível.

I - Valores a serem Reembolsados:

- a) Corresponderão à data de referência do evento, com base nas Tabelas utilizadas pela CABERJ, deduzidas as participações financeiras regulamentares;
- b) Para os procedimentos realizados na modalidade de livre escolha o reembolso será realizado de acordo com a Tabela abaixo:

Plano	Limites de Reembolso			
	Pequeno Risco		Grande Risco	
	Consulta	SADT	Honorário Médico	SADT
Mater Maximus	10 x TAMB	10 x TAMB	10 x TAMB	10 x TAMB





II - Procedimentos Administrativos – O usuário, para se habilitar às condições de reembolso regulamentar previstas nos itens a e b do caput deste artigo, deverá apresentar:

- a)** Relatório médico caracterizando a condição de urgência/emergência, quando for o caso;
- b)** Recibo original constando o(s) código(s) do(s) procedimentos(s) realizado(s), carimbo com CRM, CPF ou CNPJ do profissional;
- c)** Relatório médico assinado, onde conste o carimbo com o número do CRM do profissional;
- d)** Em caso de despesas hospitalares, apresentar nota fiscal e fatura discriminando as despesas.

III - Prazo de Pagamento do Reembolso – O reembolso de que trata este artigo será efetuado em até 20 (vinte) dias úteis, contados a partir da data de entrega da documentação completa à CABERJ.





Capítulo X

DAS CONDIÇÕES DO PLANO

Artigo 30 - Vigência:

O período de vigência deste contrato é de 12 (doze) meses, a partir da data de aceitação da proposta de adesão e do aditivo contratual, podendo o beneficiário, cancelar o contrato mediante a comunicação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus, mesmo que já tenha ocorrido atendimento médico-hospitalar.

I - Obrigações – Quando o beneficiário solicitar por escrito sua exclusão, é obrigatória a devolução do cartão de identificação, ou, no caso de perda, assinatura de termo de responsabilidade.

II - Cobertura das Despesas – A responsabilidade da CABERJ, sobre os atendimentos indicados, cessa no último dia do prazo estabelecido no caput desta cláusula, correndo as despesas, a partir de então, por conta do beneficiário.

III - Renovação – Caso não seja requerida a rescisão do contrato, ocorrerá a renovação automática por novo período de 12 (doze) meses, renovável até a rescisão, sendo vedadas:

a) a recontagem de carência;

b) a suspensão e a denúncia unilateral em qualquer hipótese, durante a ocorrência da internação hospitalar do beneficiário.

Artigo 31 - Migração de Plano:

É facultada ao beneficiário a migração de plano para outro padrão comercializado pela Contratada, obedecidas as seguintes condições:

I - Transferência de padrão inferior para superior

a) É facultada a migração de plano de padrão inferior para superior, ficando o beneficiário sujeito ao cumprimento de carência relativamente à diferença de Padrão de Plano.



b) Durante o período do cumprimento dos prazos de carência, o beneficiário pagará a contraprestação pecuniária relativa ao novo padrão escolhido, utilizando-se dos serviços do padrão anterior.

II - Transferência de padrão superior para padrão inferior

a) É facultada ao beneficiário a migração de plano de padrão superior para inferior, desde que esteja no padrão anterior por, no mínimo, 12 (dozes) meses ininterruptos sem internação hospitalar do grupo familiar nesse período.

b) Para os beneficiários que se encontrarem inadimplentes, somente será permitida a migração de plano para padrão inferior.

III - Regras comuns para qualquer espécie de transferência

1.1. As transferências para o novo padrão serão efetivadas a partir do primeiro dia do mês subsequente devendo o pagamento da contraprestação pecuniária para o novo padrão escolhido ser efetuado previamente à data da migração do plano.

1.2. Os Beneficiários Dependentes sempre permanecerão no mesmo padrão dos Beneficiários Titulares.

Artigo 32 - Cartão de Identificação:

O beneficiário receberá um cartão de identificação, com obrigatoriedade de apresentá-lo por ocasião do atendimento médico e hospitalar, acompanhado de documento próprio de identidade.

I - Propriedade – Fica, desde já, inequivocamente, ajustado que o cartão de identificação, emitido em função das obrigações do contrato, é de propriedade da CABERJ, obrigando-se o usuário a devolvê-lo no caso de rescisão contratual.

II - Extravio - No caso de extravio do Cartão, para obter a 2ª (segunda) via, o beneficiário comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, ocasião em que deverá arcar com as despesas de sua confecção.

Artigo 33 - Documentação:

São documentos do presente Regulamento: a proposta de adesão, os aditamentos, o recibo correspondente, o cartão de identificação, o



Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual.

I - Alteração – Qualquer alteração nesses documentos, só será válida, se for feita por escrito e com concordância das partes contratantes.

II - Obrigatoriedade – Obriga-se o beneficiário a fornecer todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos, não se admitindo a presunção de que as partes contratantes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente neste Regulamento, na proposta de adesão, no aditivo contratual ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

Artigo 34 - Rescisão:

I - Rescisão por parte da CONTRATADA

O presente contrato poderá ser rescindido, por parte da Caberj, de pleno direito, independente de interpelação, notificação judicial ou extrajudicial, se o beneficiário:

a) Deixar de efetuar o pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento, sejam eles consecutivos ou não, durante a vigência do contrato.

b) Utilizar de meios fraudulentos, como:

i. impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência necessária para a ressalva dos direitos da CABERJ;

ii. omitir, de má fé, informações ou tentar, por qualquer meio doloso ou fraudulento, obter vantagens ilícitas do contrato;

iii. praticar qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro que influa na aceitação deste contrato.

c) Vier a falecer.

II - RESCISÃO POR PARTE DA CONTRATANTE

Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 1 (um) ano de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das Taxas Mensais que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de patamar mínimo de perdas e



danos, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

III - APÓS RESCISÃO – Será reconhecida como dívida líquida e certa à CABERJ, qualquer serviço prestado ao beneficiário após a rescisão ou findo o prazo de denúncia contratual, para todos os fins legais.

Artigo 35 - Perda da Condição da Qualidade de Beneficiário

Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Titular:

I - quando a CONTRATANTE ou ele próprio solicitar por escrito sua exclusão, obedecidos os critérios de desligamento;

II - quando houver a morte do Beneficiário titular;

Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

I - quando a CONTRATANTE ou o Beneficiário Titular solicitar sua exclusão, obedecidos os critérios de desligamento;

II - quando o Beneficiário Titular for excluído do Plano;

III - quando houver a dissolução da sociedade conjugal, salvo por determinação judicial, o mesmo aplicado a união estável na forma da Lei;

IV - quando cessar a afinidade e dependência econômica em relação ou Titular;

V - quando houver a morte do Beneficiário titular, exceto nos casos de reconhecimento legal do(a) pensionista, para obter a qualidade de titular do plano;

VI - quando o(s) filho(s) adotivos ou não, enteados e solteiros completarem 24 anos;

VII - quando cessar determinação judicial, determinando que o Beneficiário Dependente menor fique sobre a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular.



Capítulo XI

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Artigo 36 - Reclamações:

Deverão ser especificados os procedimentos a serem adotados pelo beneficiário, em caso de qualquer insatisfação quanto ao plano, considerando:

I. Nos casos de discordâncias de natureza médica, referentes às coberturas previstas no Capítulo III, deverá ser constituída uma junta médica composta por 3 (três) membros: um nomeado pela CABERJ, um pelo beneficiário e um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelas partes, cujo ônus cabe à CABERJ.

II. Caso não haja acordo quanto ao médico desempatador, este será designado pela sociedade médica especializada.

Artigo 37 - Atos de Terceiros:

Nenhuma responsabilidade caberá à CABERJ pelos danos decorrentes de atos de terceiros, previstos neste Regulamento, resultante de dolo ou culpa, concordando expressamente o beneficiário que tal responsabilidade será exclusiva do profissional ou entidade hospitalar que a ele der causa.

Capítulo XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 38 - Disposições Gerais

I - o beneficiário titular assume a inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas no contrato sobre si e os dependentes;

II - o beneficiário deverá notificar à CABERJ sobre a eventual mudança de endereço, eximindo a de qualquer transtorno da inexatidão dessa informação, incluindo notificações que necessitem de aviso de recebimento – AR por parte do beneficiário.



III - Informações Gerais: o Rol de Procedimentos Médicos da ANS está à inteira disposição do beneficiário na sede da Caberj, para consulta e cópia, podendo ser obtido por meio do site www.ans.gov.br

E por estarem certos das cláusulas deste Regulamento, o beneficiário e a CABERJ formalizam o presente, através da assinatura da proposta de adesão e do aditivo contratual, partes integrantes deste, obrigando-se por si, seus herdeiros e sucessores.

Capítulo XIII DO FORO

Artigo 39 - Foro:

As partes elegem o foro da Cidade do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente Regulamento e seus aditivos, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Capítulo XIV DO GLOSSÁRIO

Para fins deste Plano de Assistência à Saúde, são consideradas 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 independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- Ambulatório – É o estabelecimento constituído legalmente, podendo ou não pertencer a um hospital, e que esteja capacitado para atendimento de consulta, ou cirurgia de pequeno porte, não havendo necessidade de hospitalização.
- Beneficiário Titular – Qualquer consumidor que adquire um plano de assistência à saúde para si.
- Benefício – Entende-se como Benefício a categoria para situar as



coberturas previstas no Contrato.

Carência - Período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do mesmo, durante o qual o beneficiário paga as contraprestações pecuniárias, sem ainda ter direito às coberturas previstas no contrato.

- Cartão de Identificação – É pessoal e intransferível o cartão emitido pela CABERJ para o beneficiário se identificar, quando da utilização dos benefícios assegurados.

- Cobertura – É a garantia, nos limites e modalidades previstos neste Plano, do pagamento, feito diretamente aos prestadores de serviços, ou, excepcionalmente, por reembolso, das despesas médico-hospitalares e odontológicas, efetuadas com o tratamento do beneficiário inscrito, decorrentes de doença ou de acidente pessoal.

- Condições ou Disposições Gerais - É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, tanto da CABERJ, quanto do beneficiário.

- Consulta Médica – É a ida do paciente ao consultório médico ou ambulatório do hospital no horário normal de atendimento, para verificação e acompanhamento do seu estado de saúde.

- Contribuição ou Contraprestação Pecuniária ou Mensalidade – É a importância paga mensalmente pelo beneficiário, destinada ao custeio das despesas médicas e hospitalares, cobertas e contratadas.

- Coparticipação – É a parte do custo, definido contratualmente em termos percentuais, que o beneficiário deve à CABERJ em função da participação financeira em cada evento realizado, conforme especificado no Plano de Assistência à Saúde.

- Contratada – É a operadora de planos de saúde, no caso CABERJ, que promoverá e administrará a prestação de serviços na forma definida em Regulamento, através de contrato ou aditivo contratual.

- Contratante – Pessoa física que fez o contrato para si ou para seus dependentes.

- Credenciado – Pessoa física ou jurídica disponibilizada pela CABERJ para prestação dos serviços de assistência à saúde.

- Doenças e Lesões Preexistentes – São aquelas em que o usuário saiba ser portador, à época da contratação do Plano de Assistência à Saúde.



- Emergência – São os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizados em declaração do médico assistente.

-Emergência Psiquiátrica– Consideram-se como emergência psiquiátrica as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio (ou para terceiros), incluídas as ameaças e tentativas de danos morais e patrimoniais importantes.

- Evento – É todo conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência à saúde, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário, decorrente de acidente pessoal ou doença.

- Garantias – Constituem as obrigações da CABERJ com o beneficiário, conforme os limites, tabelas e índices previstos no Plano de Saúde.

- Grupo Coberto – São os componentes do grupo coberto, efetivamente aceitos no Plano, e que atendam às condições do contrato e cujas coberturas estejam em vigor.

- Honorários – É a remuneração aos profissionais da área de saúde pelos serviços prestados.

- Hospital – Qualquer entidade, legalmente constituída, instalada e equipada devidamente para prestar atendimentos médicos e paramédicos com inscrição no CNES.

- Internação Hospitalar – Motivada por evento que, por sua gravidade ou complexidade, exija tratamento clínico ou cirúrgico. É considerada: 1) de urgência ou de emergência; e 2) eletiva ou programada, se o evento que a motivou não tiver sido de emergência nem de urgência.

- Internação Psiquiátrica Hospitalar – Consideram-se internação psiquiátrica hospitalar todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10 em situação de crise, caracterizada como: risco de vida ou danos físicos; riscos de danos morais importantes ou de incapacitação.

- Limites Financeiros – Conforme as condições do Plano, denominam-se limites os valores das coberturas contratadas, caracterizados em número de eventos ou de valores.

- Operadora ou Empresa Operadora – É a empresa que comercializa Planos de Assistência à Saúde e assume todos os riscos inerentes às suas coberturas.

- Plano de Assistência à Saúde – É qualquer plano comercializado pela





CABERJ que ofereça cobertura para atendimento médico, hospitalar ou quaisquer outros para assistência à saúde.

- Plano Contributário – É aquele em que os usuários custeiam as mensalidades total ou parcialmente.

- Procedimentos – São os atos praticados pelos profissionais de saúde, com a finalidade de manter ou recuperar as condições de saúde dos beneficiários.

- Proposta – É o documento formal e legal, no qual o usuário expressa a intenção de contratar o Plano de Assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, estabelecidos nas condições gerais e específicas do produto que esteja adquirindo.

- Provisão Técnica – Montante constituído mensalmente pela operadora para garantia de suas operações e cobertura dos riscos assumidos junto a seus usuários.

- Reajuste Financeiro – É a atualização do valor das mensalidades, em função da variação dos custos com hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da área de saúde.

- Reajuste por Idade – É a atualização do valor das contribuições, em função de mudança de faixa do usuário.

- Reembolso – É o pagamento feito ao beneficiário, referente às despesas por ele efetuadas, quando realizadas fora da rede credenciada, com o tratamento médico e/ou hospitalar até os limites prefixados neste Regulamento.

- Remoção – É o transporte do paciente em veículo registrado e equipado como Ambulância para transferência inter-hospitalar quando necessário.

- Rol de Procedimentos Médicos – Listagem de procedimentos fixada pela ANS, usada como referência da cobertura oferecida pelo plano, e atualizada periodicamente.

- Segmentação – É cada um dos tipos de coberturas previstos na Lei n.º 9.656 (art. 12): Ambulatorial; Internação Hospitalar com ou sem Obstetrícia.

- Urgência – São assim entendidos os casos caracterizados por sofrimento intenso e os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.



Regulamento - Plano Maximus

Grupo Caberj



**grupo
caberj**

Sua saúde. nosso maior valor.