



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000
Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>
CNPJ: 04.204.285/0001-33

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES E SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

PLANO CASF SAÚDE

REGISTRO DA OPERADORA: 35875-4
REGISTRO DO PRODUTO NA ANS: 471.020/14-7

Dados Gerais:

Contratação: Coletivo por Adesão

Abrangência Geográfica: Nacional

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Formação do Preço: Preestabelecido

COPARTICIPAÇÃO: De 20% em consultas, exames, psicoterapia, acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, RPG e hidroterapia.

Padrão de Acomodação: Apartamento

Contraprestação Inicial: R\$ _____

CONTRATO Nº - _____

DADOS GERAIS DO CONTRATO QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA - CONTRATADA

A CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA, pessoa jurídica de direito privado, é uma associação de natureza assistencial e sem finalidade lucrativa, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente CASF ou CONTRATADA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.204.285/0001-33, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 35.875-4 e classificada na modalidade Autogestão, com sede à Avenida Gentil Bittencourt, 886, bairro Nazaré, CEP 66.040-174, na cidade de Belém, Estado do Pará.

De acordo com os atos constitutivos, na forma das RNs 137 e 148, divulgadas pela ANS, trata-se de Operadora em regime de autogestão sem mantenedor.

QUALIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO CONTRATANTE (TITULAR)

Nome: _____	
Estado Civil: _____	Profissão: _____
Nome da mãe: _____	
Nome do Pai: _____	
Data do nascimento: _____	Nacionalidade: _____
Sexo: _____	CPF: _____
Identidade (RG): _____	Órgão expedidor: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	CEP: _____

DADOS DOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

NOME(S)	PARENTESCO	CPF	DATA NASCIMENTO	CONTRAPRESTAÇÃO INICIAL
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO INICIAL DO BENEFICIÁRIO TITULAR				R\$
VALOR TOTAL DA CONTRAPRESTAÇÃO INICIAL				R\$

DISPOSITIVOS CONTRATUAIS OBJETO DO CONTRATO

1. O Plano de Assistência Médico-Hospitalar, regido pelas disposições deste Contrato, de acordo com o previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, tem como finalidade a cobertura das despesas decorrentes de assistência médico-hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica e obstétrica, com exames complementares, serviços auxiliares de diagnose e de terapia, com tratamentos especializados e procedimentos especiais, no território nacional, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos Médicos, editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, para a segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, de acordo com as condições gerais estabelecidas no presente instrumento.

NATUREZA DO CONTRATO

2. O Plano Trata-se de **contrato de adesão** (bilateral, oneroso e aleatório), conforme dispõe o Código Civil vigente e.

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3. O nome comercial do plano de que trata este Contrato é **CASF SAÚDE** e está registrado na ANS sob o nº. 471020147.

TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

4. Plano coletivo por adesão, na forma do que dispõem o artigo 16 da Lei no. 9.656/98 e a Resolução CONSU no. 14, de 03.11.1998.

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5. O Plano contratado possui a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, prevista nos incisos I, II e III, do art. 12 da Lei nº 9.656/98.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000
Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>
CNPJ: 04.204.285/0001-33

6. A área geográfica para cobertura dos serviços previstos neste Contrato é de abrangência Nacional.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

7. O plano prevê padrão de acomodação hospitalar individual (quarto de padrão básico com banheiro privativo).

7.1. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao Contratante o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

7.2. A diferença de valores decorrentes da opção por acomodação individual de padrão superior (quando haja disponibilidade de acomodação no padrão básico) será de exclusiva responsabilidade do Beneficiário Titular, devendo o respectivo pagamento ser feito por ele diretamente ao estabelecimento hospitalar.

ATRIBUTOS DO CONTRATO

8. O presente Contrato tem por finalidade a Prestação de Serviços continuada de Assistência a Saúde, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar visando à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656.

8.1. Por admitir e determinar direitos e obrigações individuais para ambas as partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Código Civil brasileiro, a natureza deste contrato é bilateral e de adesão. Tem como características a onerosidade e a aleatoriedade, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Contratante.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares aqueles que comprovem manter ou ter mantido relação de vínculo como Dirigente, Conselheiro(a) e Empregado(a) da própria CASF, do instituidor Banco da Amazônia S/A e das seguintes entidades a ele direta ou indiretamente vinculadas:

- a) CAPAF – Caixa de Previdência Complementar do Banco da Amazônia;
- b) AEBA – Associação dos Empregados do Banco da Amazônia;
- c) AABA – Associação dos Aposentados e Pensionistas do Banco da Amazônia;
- d) CASF Corretora de Seguros Ltda.
- e) UNICRÉVEA – Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Funcionários do Banco da Amazônia.
- f) Outras assemelhadas que vierem a se constituir para atender interesses corporativos originados em face do instituidor Banco da Amazônia S.A.; e
- g) Aposentados ou Pensionista do INSS que tenham ascendido a essa condição em decorrência de vínculo empregatício com o Instituidor Banco da Amazônia ou com qualquer das entidades citadas nos incisos anteriores.

9.1. Podem ser inscritos como Beneficiários Dependentes, por iniciativa exclusiva do Beneficiário Titular a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

I. O cônjuge;

II. O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;

III. Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos;

IV. Os tutelados até os 18 anos incompletos e os menores sob guarda.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

- 9.2. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, no plano em que se enquadre, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.
- 9.3. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.
- 9.5. Caberá ao Beneficiário Titular comunicar — de imediato — à CASF qualquer alteração que implique a atualização de dados pessoais dele e/ou de seus dependentes, bem como outras ocorrências que determinem perda da condição de beneficiário do Plano CASF SAÚDE.
- 9.6. O Beneficiário Titular, em quaisquer circunstâncias, inclusive por utilização indevida, é responsável direto pelas ações e obrigações financeiras contraídas por seus dependentes.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10. Respeitados os prazos de carência, a CASF compromete-se a prestar ao(s) Beneficiário(s) inscritos no plano de que trata este Contrato, como benefício, a assistência à saúde continuada, através de serviços próprios ou por rede credenciada, compreendendo procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina, alcançando as seguintes coberturas:
 - I. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
 - II. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
 - III. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
 - IV. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
 - V. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
 - VI. Consultas Médicas, em número ilimitado, inclusive obstétrico para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
 - VII. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
 - VIII. 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.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

- IX. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.
- X. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- XI. atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
- a) atividades educacionais;
 - b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - c) atendimento clínico;
 - d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - e) implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
- XII. Procedimentos Considerados Especiais em nível ambulatorial:
- a) Hemodiálise Crônica e Diálise Peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia Oncológica;
 - c) Radioterapia;
 - d) Procedimentos de Hemodinâmica;
 - e) Hemoterapia;
 - f) Cirurgias Oftalmológicas.
- XIII. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados ou ministrados durante o período do atendimento ambulatorial/hospitalar;
- XIV. Internações, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- XV. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- XVI. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- XVII. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, imprescindíveis à realização do procedimento, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;
- XVIII. Cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- XIX. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, devidamente registrados na ANVISA, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000
Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>
CNPJ: 04.204.285/0001-33

- XX. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada ao nível de internação hospitalar:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica;
 - c) procedimentos radioterápicos;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) embolizações e radiologia intervencionista;
 - h) Radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- XXI. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo **cirurgião-dentista** assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde ainda que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar.
- XXII. 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.
- XXIII. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.
- XXIV. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados incluindo, quando couber, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com a captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, ressalvando que o Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deve, obrigatoriamente, providenciar a sua inscrição em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs.
- XXV. Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/10ª Revisão - CID 10, observadas as medidas que evitem estigmatizar os portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo as seguintes coberturas:
- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
 - b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de **20% (vinte por cento)** observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
 - c) Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do produto.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

d) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XXVI. Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato; e assistência o recém-nascido, filho natural ou adotivo do Contratante ou de seu dependente, durante os primeiros **30 (trinta dias)** após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

11. Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Contrato do plano e os provenientes dos seguintes casos:
- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da operadora e sem atendimento às condições previstas no Contrato;
 - II. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos;
 - III. Enfermagem em caráter particular;
 - IV. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
 - V. Avaliações pedagógicas;
 - VI. Orientações vocacionais;
 - VII. Atendimentos domiciliares, incluindo aluguel e/ou aquisição de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos em que a OPERADORA opte por oferecer a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar;
 - VIII. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
 - IX. Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
 - X. Inseminação artificial;
 - XI. Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - XII. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
 - XIII. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - XIV. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - XV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - XVI. Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - XVII. Asilamento de idosos;
 - XVIII. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
 - XIX. Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
 - XX. Aplicação de vacinas;
 - XXI. Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
 - b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

- c) despesas relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes.

XXII. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

XXIII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;

XXIV. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

XXVI. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

VIGÊNCIA

12. A cobertura do plano é dada por mês civil, iniciando no primeiro dia e encerrando no último dia de cada mês, independentemente do dia de ingresso.

11.1 O prazo de vigência contratual é de 12 (doze) meses.

DURAÇÃO DO CONTRATO

13. A vigência inicial deste contrato é de 12 (doze) meses, com o início na data da aprovação do Contrato ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

13.1. O presente contrato terá renovação automática, na data do seu aniversário, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada à incidência de qualquer período adicional de carência.

CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

14. O presente contrato terá renovação automática, na data do seu aniversário, por prazo indeterminado, não cabendo à cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada a incidência de qualquer período adicional de carência.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

15. Para ter direito aos serviços objeto deste contrato, cada beneficiários deverá cumprir os seguintes períodos de carências ajustados nesta cláusula, contados a partir da data de sua inscrição:

- I. 24 (vinte e quatro) horas - atendimentos de urgências/emergências, observados os limites de cobertura até as primeiras 12 (doze) horas, em ambulatório e/ou procedimentos ambulatoriais;
- II. Limite de 12 (doze) horas para os atendimentos decorrentes de urgência e emergência;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para consultas e exames simples;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para terapias simples, fisioterapias e tratamentos ambulatoriais.
- V. 180 (cento e oitenta) dias para exames, terapias e procedimentos especiais (conforme Rol de Procedimentos de Alta Complexidade editado pela ANS);
- VI. 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas;
- VII. 180 (cento e oitenta) dias para internações cirúrgicas - exceto obstétricas;
- VIII. VIII. 180 (cento e oitenta) dias para internações em Unidade de Terapia Intensiva; e para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- IX. 180 (cento e oitenta) dias para atendimento dos transplantes cobertos, diálise e hemodiálise e tratamentos de doenças infecto contagiosas;



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

X. 300 (trezentos) dias para os partos a termos, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez.

15.1 As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade do CONTRATANTE.

15.2. Não será exigido o cumprimento de carências, desde que as inclusões de beneficiários se enquadrem em uma destas condições:

- a) A inscrição do beneficiário neste contrato ocorrer em até trinta dias da data de celebração do contrato;
- b) O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário deste contrato.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

16. O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

- I. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas 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, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
- II. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular ou dependente maior de idade preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- III. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- IV. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- V. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- VI. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- VII. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.
- VIII. Cobertura Parcial Temporária - CPT é 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- IX. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000
Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>
CNPJ: 04.204.285/0001-33

- X. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br
- XI. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- XII. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- XIII. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- XIV. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.
- XV. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- XVI. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- XVII. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- XVIII. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário Titular passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.
- XIX. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

17. É obrigatória por parte da OPERADORA a cobertura do atendimento nos casos de:

- I. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
 - II. Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 17.1. A OPERADORA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.
- 17.2. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja à 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; e
 - III. Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000
Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>
CNPJ: 04.204.285/0001-33

17.3. 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.

DA REMOÇÃO

18. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA 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 à necessidade de internação.

18.1. Da Remoção para o SUS:

À OPERADORA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.

A OPERADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a OPERADORA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

19. 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.

19.1. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à OPERADORA os seguintes documentos:

- I. Cópia do cartão de identificação;
- II. Formulário padrão fornecido pela CASF devidamente preenchido;
- III. Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e/ou nota fiscal original, constando:
 - Descrição do serviço realizado e quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
 - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, se houver;
 - Solicitação do procedimento, se for o caso;
 - Laudos de exames, se necessário;
 - Laudo médico, se necessário.

19.2. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

20. 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 da Contratada.

I. O acesso a livre escolha de prestadores abrangerá as seguintes coberturas:

- a) Consultas Médicas;
- b) Exames Complementares;
- c) Terapias Ambulatoriais e hospitalares;
- d) Atendimento Ambulatorial e hospitalar.

II. O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela CBHPM 4ª Edição ou aquela que venha a ser adotada pela Operadora em sua sede, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

20.1. TABELA

I. A tabela de reembolso estará disponível no sítio da operadora na Internet e na sede da Operadora para consulta dos beneficiários.

II. Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela CBHPM 4ª Edição que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões.

III. A Tabela CBHPM 4ª edição define o coeficiente e o porte a ser considerado em cada procedimento médico para o cálculo do reembolso.

IV. O coeficiente e o porte dos procedimentos são expressos em moeda corrente nacional que servirá como base de cálculo do reembolso dos serviços médicos e hospitalares cobertos pelo plano.

V. A Tabela será reajustada anualmente com base no índice FIPE-SAÚDE.

VI. O valor do reembolso de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia será obtido através da Tabela CBHPM 4ª Edição e não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas.

VII. O reembolso será efetuado diretamente ao beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

VIII. Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o Reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a contratada solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido.

IX. O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos.

X. É facultado ao beneficiário Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Operadora.

XI. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO:

a) Formulário padrão fornecido pela CASF devidamente preenchido;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e/ou nota fiscal original, constando:

- Descrição do serviço realizado e quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, se houver;
- Solicitação do procedimento se for o caso;
- Laudos médicos e de exames, quando solicitados;



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

- XII.** Para os casos de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.
- XIII.** A operadora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.
- XIV.** O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na tabela utilizada para pagamento dos prestadores dos serviços, obedecida a quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.
- XV.** Contratada assegura que o valor do reembolso, pelas despesas efetuadas com o atendimento de assistência à saúde acima referido, não será inferior ao praticado com sua rede credenciada ou contratada.
- XVI.** Serão reembolsados somente despesas comprovadas em documentos originais, a saber:
- Os recibos ou notas fiscais originais quitados deverão ser apresentados no máximo até 12 (doze) meses, contados a partir da data do evento;
 - Os recibos ou notas fiscais deverão conter:
 - CPF / CNPJ do prestador, CRM, assinatura sob carimbo, 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 AMB, para análise médica;
 - Nas internações clínicas ou cirúrgicas, anexar relatório médico contendo diagnóstico, CID 10 e código CBHPM OU TUSS, para análise médica.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 21.** É reservado à OPERADORA o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissionais, sob a égide da Lei 9.656 de 1998 e quaisquer outras Regulamentações pertinentes, sendo então adotadas as seguintes medidas de regulação:
- A habilitação do BENEFICIÁRIO no exercício do seu direito de uso em toda a rede de prestadores, durante a vigência o Contrato, ocorrerá com a apresentação do seu cartão individual de identificação, expedido pela OPERADORA, acompanhado da sua carteira de identidade, desde que cumpridas as carências, exceto nos casos de urgência/emergência.
 - É imprescindível que o BENEFICIÁRIO solicite autorização prévia para todos e quaisquer procedimentos, exceto para consultas e os casos de urgência e emergência, diretamente à OPERADORA, portando a solicitação do médico para sua posterior utilização na rede própria ou credenciada, garantido o tempo de resposta ao pedido no prazo máximo de 1 (um) dia útil.
 - As divergências de natureza médica relacionadas com os serviços objeto deste Contrato serão dirimidas por uma junta médica composta por 3 (três) profissionais: um nomeado pela OPERADORA, outro pelo BENEFICIÁRIO e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois profissionais. Caso não haja acordo quanto ao médico desempataador, este será designado pela associação representativa de médicos, sendo os honorários deste assumidos pela OPERADORA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.
 - A OPERADORA poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.
 - Os serviços, diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos serão solicitados pelo médico assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora, todavia sua realização será obrigatoriamente realizada na rede credenciada.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000
Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>
CNPJ: 04.204.285/0001-33

- VI. Este Plano possui COPARTICIPAÇÃO, que é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, posteriormente a utilização do serviço.
- VII. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação serão devidamente preenchidos no momento da contratação, de acordo com o normativo da ANS vigente à época, conforme a seguir:
- a. Segmento Ambulatorial:**
- a)1. Consultas, no valor de _____ ou no percentual de **20%**.
 - a)2. Exames Básicos de Apoio Diagnóstico, no valor de _____ ou no percentual de **20%**.
 - a)3. Exames Especiais de Apoio Diagnóstico, no valor de _____ ou no percentual de **20%**.
 - a)4. Psicoterapia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Acupuntura, Fonoaudiologia, RPG e Hidroterapia, no valor de _____ ou no percentual de **20%**.
- b. Segmento Hospitalar e Ambulatorial:**
- b)1 Órteses, Próteses e Materiais Especiais Implantáveis, todos ligados ao ato cirúrgico:
 - b)1.1. Franquia no valor de **R\$ 3.000,00**, em itens com **valor até R\$ 50.000,00** (cinquenta mil reais) ou no percentual de **6%**, em itens com valor superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais); ou
- VIII. Não se constitui novação ao presente contrato a concessão de isenção total ou parcial da COPARTICIPAÇÃO de que trata o inciso anterior, a critério do Conselho Deliberativo.
- IX. É obrigatoriamente entregue ao BENEFICIÁRIO, quando de sua inscrição, cópia do Contrato, carteira de identificação e Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico, de forma impressa, descrevendo em linguagem simples e precisa todas as características operacionais do plano, constando também a apresentação da rede assistencial, própria e credenciada disponível para sua utilização.
- X. Ficará disponível na sede da OPERADORA, na internet, no tele atendimento, para o BENEFICIÁRIO as atualizações do Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico.
- XI. É facultada à OPERADORA a substituição de entidade hospitalar desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- XII. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere texto acima ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, 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.
- XIII. Excetua-se do previsto, no item anterior, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a OPERADORA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Contratante.
- XIV. XIII. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a OPERADORA deverá solicitar à ANS autorização expressa.
- XV. XIV. A OPERADORA 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, sem a cobrança de pagamento ou taxas.
- XVI. XV. São considerados como parte integrante deste Contrato: a Proposta de Adesão, a tabela de preços vigente à época, o Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico, e a declaração de saúde dos beneficiários inscritos.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

22. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido.
- 22.1. A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

- 22.2. Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.
- 22.3. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- 22.4. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
- 22.5. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 22.6. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

PAGAMENTO DA MENSALIDADE

23. O vencimento das mensalidades, coparticipações, franquias e outras obrigações financeiras ocorrerá sempre na mesma data de crédito da folha de pagamento ou aposentadorias e pensões do Beneficiário Titular, cujos valores serão repassados diretamente à CASF.
 - 23.1. Os valores pagos com atraso serão cobrados com acréscimo de encargos financeiros na ordem de 2% (dois por cento) de multa e juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia).
 - 23.2. Os pagamentos das mensalidades, coparticipações, franquias e outras obrigações financeiras serão efetuados através de desconto em folha de pagamento dos Beneficiários Titular.
 - 23.3. Nos casos em que a folha de pagamento do Beneficiário Titular não tiver margem consignável suficiente para quitar os débitos de determinado mês, o pagamento será efetuado e/ou complementado através de débito na conta do Beneficiário Titular ou, à critério da operadora, através de boleto bancário encaminhado ao Beneficiário Titular, com vencimento para o dia 10 (dez) do mês subsequente.

REAJUSTE

24. O reajuste da tabela de preços integrante deste contrato será realizado anualmente, dar-se-á mediante aplicação do índice IGP-M, estabelecido considerando o período de apuração de 12 (doze) meses com antecedência de 30 (trinta) dias em relação à data-base de aniversário do contrato, sendo esta o mês de assinatura do mesmo.
 - 24.1. A referida tabela de preços poderá ainda ser reajustada, na mesma periodicidade acima prevista, de acordo com a variação do preço dos procedimentos, com base em estudo atuarial aprovado pelo Conselho Deliberativo da CASF. Neste caso, o reajustamento deverá se dar de forma complementar ao previsto no item anterior.

FAIXAS ETÁRIAS

25. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

- 25.1. As variações por faixa etárias para os fins deste contrato serão:

Faixas Etárias / Percentual

- 1ª - de 0 até 18 (dezoito) anos; (-----)%
- 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade; (45,00)%
- 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade; (20,70)%
- 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade; (37,13)%
- 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade; (14,59)%
- 6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade; (12,72)%
- 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade; (12,90)%
- 8ª - de 49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos de idade; (7,00)%



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; (7,00)%

10ª - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais. (6,06)%

- 25.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.
- 25.3. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- 25.4. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.
- 25.5. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.
- 25.6. O valor da mensalidade por mudança de faixa etária somente será alterado no mês subsequente ao aniversário do beneficiário.

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- 26.** Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.
- 26.1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.
 - 26.2. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
 - 26.3. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:
 - a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
 - b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.
 - 26.4. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
 - 26.5. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
 - 26.6. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);
 - 26.7. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
 - 26.8. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);
 - 26.9. A condição de beneficiário deixará de existir:



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
 - b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
 - c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).
- 26.10. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c/c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.
- 26.11. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.
- 26.12. Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.
- I. No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da Instituidora, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:
 - a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;
 - b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
 - c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;
- 26.13. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

27. O Plano CASF SAÚDE é sem vínculo empregatício e destina-se às pessoas físicas associáveis à CASF, bem como seus respectivos dependentes, nos termos do Contrato Social.

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

28. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

- I. O beneficiário titular será excluído do Plano CASF SAÚDE, sem direito a devolução dos valores pagos, a qualquer título, nas seguintes ocorrências:
 - a) a pedido;
 - b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
 - c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
 - d) pelo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que o beneficiário seja comprovadamente avisado no quinquagésimo dia, nos últimos doze meses de vigência;
 - e) morte.
- II. O beneficiário dependente será excluído do Plano CASF SAÚDE, sem direito a devolução dos valores pagos, a qualquer título, nas seguintes ocorrências:
 - a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste Contrato;
 - b) a pedido do Beneficiário Titular;
 - c) fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

d) morte.

III. A operadora só poderá excluir ou cancelar a assistência à saúde dos beneficiários nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste Contrato.

c) pelo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que o beneficiário seja comprovadamente avisado no quinquagésimo dia, nos últimos doze meses de vigência.

- 28.1. Em caso de falecimento de Beneficiário Titular, fica assegurada ao dependente sua permanência no Plano **CASF SAÚDE**, desde que pagas às devidas mensalidades mediante débito em conta corrente mantida junto ao Banco da Amazônia.
- 28.2. A exclusão a pedido do Plano CASF SAÚDE somente será aceita se: a) feita por escrito mediante a devolução do cartão de identificação e b) se cumprido o prazo inicial de 12 (doze) meses de inscrição. A exclusão será efetuada no último dia do mês em que for solicitado o cancelamento.
- 28.3. Os pedidos de exclusão com prazo inferior a 12 (doze) meses da data de inscrição no Plano CASF SAÚDE somente serão aceitos mediante cobrança de indenização no valor correspondente a 3 (três) mensalidades.
- 28.4. A partir da data da exclusão, os tratamentos em andamento não estarão cobertos pelo Plano CASF SAÚDE. 28.5. Nos casos de exclusão será cobrado do Beneficiário Titular ou de seu representante legal, inclusive por via judicial, o saldo devedor proveniente das mensalidades atrasadas e de outras obrigações, acrescido de atualização monetária pela variação do INPC, além de encargos financeiros na ordem de 1% (um por cento) ou (0,033 ao dia) de juros e 2% (dois por cento) de multa sobre o valor principal.
- 28.6. A exclusão do Plano CASF SAÚDE não libera o Beneficiário Titular da CASF das dívidas decorrentes de despesas realizadas com o mesmo e/ou seus dependentes com eventos ocorridos e não avisados pela rede credenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares.
- 28.7. Ao beneficiário excluído caberá indenizar à CASF quanto aos valores por ela despendidos relativos ao pagamento de despesas, a título de utilização indevida de cobertura assistencial.
- 28.8. O uso indevido da cobertura assistencial do Plano CASF SAÚDE por parte do dependente é de responsabilidade do Beneficiário Titular ao qual estiver vinculado, que deverá assim assumir integralmente as despesas decorrentes de utilização indevida, acrescidos de taxa administrativa na ordem de 2% (dois por cento).
- 28.9. Ao dependente excluído por falta de pagamento de suas obrigações financeiras será permitido novo ingresso no Plano CASF SAÚDE, por meio de preenchimento e assinatura de ficha de inscrição, respeitados os prazos de carência, desde que não restem débitos junto à CASF referentes à utilização da cobertura assistencial que lhe foi oferecida.
- 28.10. Cabe recurso à Diretoria Executiva e ao Conselho Deliberativo da CASF, conforme a origem, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de conhecimento da decisão quanto à exclusão do dependente, sem efeito suspensivo.
- 28.11. É obrigação do CONTRATANTE, em caso de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver à CONTRATADA todos os cartões de identificação emitidos em seu favor e de seus dependentes, em vigência.

DISPOSIÇÕES GERAIS

29. Integram este Contrato, para todos os fins de direito, a ficha cadastral de cada beneficiário inscrito, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes, Carta de Orientação ao Beneficiário e a Tabela de Reembolso.

29.1. Quando da assinatura deste contrato, o CONTRATANTE indicará, no Termo de Adesão, os beneficiários dependentes a serem inscritos, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

- 29.2. O CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA declarações de vínculo legal de seus beneficiários ao contrato, para fins de instrução de processos administrativos junto a órgãos públicos.
- 29.3. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.
- 29.4. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
- 29.5. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações que serão prestadas pelos Médicos Assistentes ou pelos serviços credenciados que se utilizarão da codificação expressa no CID- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.
- 29.6. As disposições expostas a seguir determinam prerrogativas importantes para a vigência deste Contrato:
- I. As coberturas previstas neste Contrato serão prestadas através dos Serviços Próprios mantidos pela OPERADORA, ou, através de Serviços Credenciados.
 - II. Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, não haverá impedimento para participar como Beneficiário no presente Contrato.
 - III. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deverá privilegiar os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos.
 - IV. É direito do BENEFICIÁRIO emitir sua opinião sobre a operacionalização do produto, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações: preferencialmente por escrito; ou através dos telefones 91-40054300, ou pessoalmente na sede da OPERADORA, as quais serão imediatamente submetidas à apreciação, e, acolhidas, caso procedam.
 - V. O Beneficiário acima de 60 (sessenta) anos de idade que apresentar, de forma comprovada, indícios de negligência, maus-tratos, abuso, exploração ou crueldade, de forma física ou psíquica, de condições desumanas e degradantes, ou ainda sob privação de alimentos e cuidados indispensáveis em sua convivência familiar, poderá ser notificado pela CONTRATADA para as autoridades competentes, em cumprimento ao disposto no Contrato do Idoso.
 - VI. O Beneficiário titular, por si e seus dependentes, autoriza a OPERADORA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive sobre atendimentos e serviços beneficiados, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência a saúde.
 - VII. O presente Contrato, no que for omissivo, ou resultar em erro, ou ainda, passível de eventuais dúvidas, aplicar-se-á, concomitantemente, a legislação que rege a matéria, seguida das atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde, bem como, o Código de Defesa do Contratante, quando couber, devendo as partes, visando o interesse comum, buscar solução amigável.
 - VIII. No caso de falecimento do Beneficiário, o fato deverá ser comunicado à OPERADORA, imediatamente, e por escrito, com a apresentação da Certidão de Óbito, para a devida atualização contratual.
- 29.7 Para ampla compreensão sobre os efeitos deste contrato, ficam expressas 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 de 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.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

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 neste Contrato.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do Beneficiário Titular, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª 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 na despesa 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 neste Contrato.

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 de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000
Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>
CNPJ: 04.204.285/0001-33

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pela 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.

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

29.8 Na hipótese de representação formulada contra beneficiário do Plano (nome comercial) por parte de prestadores de serviços, em virtude de conduta reprovável ou cometimento de atos hostis ou ilícitos, a Diretoria Executiva da CASF terá a competência para apurar e adotar as medidas administrativas visando à solução do caso.

29.9 A Diretoria-Executiva da CASF expedirá normas complementares visando à operacionalização deste Contrato.

29.10 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Contrato serão decididos pela Diretoria-Executiva da CASF.

ELEIÇÃO DE FORO

30. 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 a Portaria nº 4 da SDE/MJ.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente termo de adesão em duas vias de igual teor e forma perante as testemunhas abaixo.

LOCAL	DATA	ASSINATURA DO TITULAR
TESTEMUNHA DO TITULAR		TESTEMUNHA DA CASF
Assinatura:	Assinatura:	
(Nome legível)	(Nome legível)	
CPF:	CPF:	

PARA USO EXCLUSIVO DA CASF			
<input type="checkbox"/> - APROVADO	<input type="checkbox"/> - COM CARÊNCIA	<input type="checkbox"/> - SEM CARÊNCIA	DATA:
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA		GERÊNCIA DE CADASTRO	



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA

AV . Gentil Bittencourt, 886 – Nazaré – Belém/PA – CEP:66040-000

Telefone: (91) 4005-4300 - Endereço eletrônico: <http://www.casf.com.br>

CNPJ: 04.204.285/0001-33

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de direito e efeitos legais, que, nesta data, recebi exemplar impresso de forma clara e perfeitamente legível do Contrato de Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia, firmado por mim junto à CASF – CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA, sito na Av. Gentil Bittencourt, nº 886, Bairro Nazaré, CEP: 66.040-174, na Cidade de Belém-PA , cadastrada no CNPJ/MF sob o nº 04.204.285/0001-33 e com registro na ANS sob o nº 35875-4, cujo teor é de meu inteiro conhecimento e cujas condições aceito sem ressalva ou restrição.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE (TITULAR)

CPF: . . -