



Eletros-Saúde
família



Regulamento



Eletros



Eletros-Saúde

CAPÍTULO I – DA OPERADORA

Art. 1º - A Fundação Eletrobrás de Seguridade Social - ELETROS, doravante denominada ELETROS, Entidade Fechada de Previdência Complementar e Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 31390-4, inscrita no CNPJ sob o nº 34.268.789/0001-88, classificada como autogestão, localizada na Rua Uruguaiana, nº 174 – 5º Andar, Centro, CEP: 20.050-092, no município do Rio de Janeiro – RJ, é a instituição que ofertará e gerenciará o programa de assistência à saúde objeto deste Regulamento.

Parágrafo Único - O presente instrumento trata de um Regulamento de Plano de Saúde, que traça as diretrizes do programa de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

Art. 2º - É CONVENIADA do programa de assistência à saúde a Fundação Eletrobrás de Seguridade Social – ELETROS, já qualificada neste instrumento.

Parágrafo Único - A ELETROS poderá admitir outras CONVENIADAS na forma da regulamentação em vigor.

Art. 3º - O programa de assistência à saúde tratado neste instrumento é denominado Eletros-Saúde Família e está registrado na ANS sob o nº 474.938/15-3, possuindo como Características Gerais:

- I** - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II** - Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
- III** - Área Geográfica de Abrangência: Estadual;

IV - Área de Atuação: Rio de Janeiro;

V - Padrão de Acomodação em Internação: Individual, conhecida como apartamento standard.

VI - Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Art. 4º - Além das coberturas previstas nas Seções I, II e III do Capítulo X - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS, o programa de assistência à saúde assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção IV do referido capítulo.

CAPÍTULO II – DO OBJETO

Art. 5º - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

CAPÍTULO III – DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO

Art. 6º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I - Acidente Pessoal - Evento súbito, involuntário, com início e local de acontecimento bem caracterizados, que por si só, e independentemente de qualquer outra causa, seja suficiente para causar danos à saúde.

II - Acomodação em Apartamento - Entende-se como acomodação em padrão apartamento, a internação em unidade hospitalar com banheiro privativo, destinada a um paciente individualmente.

III - Agravo - É o acréscimo ao valor da contribuição mensal, para cobertura das doenças preexistentes alegadas, observado o cumprimento dos prazos de carências contratados e legalmente admitidos.

IV - Ambulatório - É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de consultas médicas básicas e de especialidades, procedimentos terapêuticos e diagnósticos, sem necessidade de internação hospitalar, incluídos os atendimentos realizados em emergência hospitalar.

V - Assistidos - São os aposentados e pensionistas em gozo de benefício de prestação continuada no(s) Plano(s) de Benefícios Previdenciários administrado(s) pela ELETROS.

VI - Atendimento de Emergência - É o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

VII - Atendimento de Urgência - É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

VIII - Auditoria - É um ato médico ou odontológico que se constitui em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços.

IX - Autorização Prévia - É a autorização concedida pelo Eletros-Saúde anteriormente à execução

do serviço. O usuário, no caso de realização do procedimento em livre escolha, deverá solicitar ao Eletros-Saúde a autorização prévia para que possa realizar os exames e tratamentos relacionados no Anexo V, sendo obrigatória para as internações, órteses, próteses, materiais especiais e remoções. No caso de realização do procedimento em prestador credenciado, a responsabilidade por solicitar a autorização junto ao Eletros-Saúde é do credenciado.

X - Carteira de Identificação - É a carteira emitida pelo Eletros-Saúde, para utilização individual e personalizada do usuário, que servirá para identificá-lo junto à rede credenciada da Operadora.

XI - Carência - É o período de tempo, contado a partir da data de início de vigência da inscrição no Eletros-Saúde, conforme Artigo 9º, Parágrafo Único, deste Regulamento, durante o qual o usuário deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito às coberturas.

XII - Cobertura Adicional - Corresponde a todos os serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica, medicamentos e outros não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

XIII - Cobertura Assistencial - Corresponde a todos os serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica previstos neste Regulamento e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

XIV - Coparticipação - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão, ao Eletros-Saúde, referente à utilização, pelos usuários, dos serviços assistenciais cobertos, definida em termos fixos ou em percentuais.

XV - Consulta Médica - É o atendimento do paciente no consultório do médico, hospital ou clínica em horário normal de atendimento, para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

XVI - Conveniada - É a pessoa jurídica que convenia plano de saúde para determinada categoria de usuários, sem que haja sua participação financeira.

XVII - Convênio de Reciprocidade - É o convênio firmado pela ELETROS com outras empresas de autogestão, visando assegurar o atendimento médico-hospitalar para os seus usuários em trânsito, que tiverem necessidade de atendimento de urgência e emergência.

XVIII - Documentação Comprobatória - Relação de documentos necessários para adesão ao plano:

- Ficha de adesão preenchida e assinada pelo usuário e pelo responsável financeiro, quando não for o próprio usuário
- Cópia da Certidão de Nascimento ou da Carteira de Identidade
- Cópia do CPF
- Cópia do comprovante de residência
- Cópia da comprovação do parentesco com o usuário titular
- Declaração de saúde preenchida e assinada
- Cópia de domicílio bancário

XIX - Doença - É o evento patológico de causa não acidental, manifestada através da alteração do estado de equilíbrio de um indivíduo com o meio, que requeira tratamento médico, odontológico e/ou hospitalar.

XX - Doenças ou lesões preexistentes - São aquelas que o próprio usuário (ou seu representante legal) saiba que o usuário é portador ou sofredor no momento da adesão ao plano.

XXI - Exames Complementares de Diagnóstico Ambulatoriais - São os exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica, bem como outros exames especiais, por solicitação médica ou odontológica, que não necessitem de internação hospitalar.

XXII - Honorários - É a forma de remuneração do conjunto de atos médicos, odontológicos e de terapias complementares em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, de um ou mais especialistas, realizada na assistência à saúde do usuário.

XXIII - Hospital - É o estabelecimento legalmente constituído, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos. Um hospital, para efeito de reconhecimento por este Regulamento, precisa manter pacientes regularmente, dia e noite, possuir instalações para diagnósticos, cirurgia e terapia sob supervisão de uma equipe de médicos, e propiciar serviços regulares de enfermagem durante as 24 horas do dia, prestado por enfermeiros(as) e auxiliares de enfermagem profissionalmente habilitados. Não se enquadram nesta definição, instituições como casa de repouso, casa de convalescência, casa de pessoas idosas, clínicas para tratamento estético e de obesidade (spas).

XXIV - Hospital-dia (ou Day Clinic) - Internação de curta permanência, em período de até 12 horas, sem pernoite, que ao término desta o paciente retorna para casa.

XXV - Hospitalização - É a internação em hospital para tratamento clínico ou cirúrgico.

XXVI - Internação - Evento hospitalar com admissão do paciente para ocupar um leito (e diária)

por um período superior a 12 (doze) horas, com finalidade de realizar procedimentos de natureza terapêutica e/ou diagnóstica cujas condições do paciente, evoluções do quadro, complexidade do tratamento, não permitam a realização em nível ambulatorial ou domiciliar.

XXVII - Livre Escolha - São as instituições e os profissionais que não são credenciados pelo Eletros-Saúde, mas que prestam serviços de assistência à saúde, pagos no ato pelo usuário.

XXVIII - Materiais Especiais - São os materiais de alto custo incluídos aqui os de síntese (materiais de recomposição de estruturas orgânicas).

XXIX - Medicamentos especiais - São os medicamentos de alto custo.

XXX - Órteses - São os materiais ou aparelhos destinados a auxiliar ou complementar função.

XXXI - Procedimento Eletivo - São aqueles procedimentos previamente diagnosticados e, em decorrência, programados para intervenção médica e/ou cirúrgica em tempo futuro.

XXXII - Próteses - Materiais ou aparelhos destinados a substituir função.

XXXIII - Rede Credenciada - São as instituições e os profissionais credenciados pelo Eletros-Saúde para prestar serviços de assistência à saúde, sem desembolso por parte do usuário no ato da utilização dos serviços contratados.

XXXIV - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - É a listagem mínima de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer.

XXXV - Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família - Informa os percentuais de cobertura assistencial dos grupos de serviços previstos neste Regulamento considerando a incidência dos múltiplos de reembolso e dos percentuais de coparticipação dos usuários nas despesas assistenciais.

XXXVI - Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde - É a relação de procedimentos valorados através de moeda corrente vigente para efeito de cálculo do pagamento dos honorários e respectivos reembolsos.

XXXVII - Tratamentos Seriadados - São considerados Tratamentos Seriadados - Acupuntura, Escleroterapia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Quimioterapia, Radioterapia, Psicologia e Terapia Renal Substitutiva.

CAPÍTULO IV – DAS CARACTERÍSTICAS

Art. 7º - O Eletros-Saúde Família caracteriza-se, basicamente, por:

- I** - Ser destituído de fins lucrativos;
- II** - Ser custeado pelo responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão, através de contribuições mensais, podendo haver também coparticipação nas despesas, de acordo com a Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família;
- III** - Ser um plano de autogestão em que seus usuários, no ato da adesão, expressem pleno conhecimento e concordância com os termos deste Regulamento;
- IV** - Ser operado pelo Eletros-Saúde por meio de rede credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante convênio de reciprocidade com entidade congênera;

V - Reembolsar total ou parcialmente as despesas dos seus usuários inscritos, relativas à assistência médico-hospitalar e odontológica, consultas médicas, exames diagnósticos, internações e tratamentos, despesas odontológicas descritas neste Regulamento, quando não for utilizada a rede credenciada do Eletros-Saúde, sempre obedecendo a Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família para reembolso;

VI - Ter a sua contabilização separada da previdência, receitas e despesas próprias, inclusive resultante da aplicação no mercado financeiro dos recursos disponíveis, observadas as regras dispostas pela ANS.

Parágrafo Único - O programa de reembolso de assistência à saúde, compreendidas as internações clínicas; internações cirúrgicas; honorários médicos; exames diagnósticos; despesas hospitalares; tratamentos; coberturas de materiais especiais; órteses e próteses; e despesas odontológicas descritas neste Regulamento; obedece aos critérios estabelecidos pelo Eletros-Saúde Família para a concessão das coberturas previstas neste Regulamento.

Art. 8º - A assistência à saúde médico-hospitalar e odontológica será prestada no Estado do Rio de Janeiro, sendo a área de abrangência geográfica do Eletros-Saúde Família qualificada como Estadual.

Parágrafo 1º - O atendimento nos demais estados da Federação poderá ser prestado através de convênios de reciprocidade, onde houver, para os usuários em trânsito que necessitarem de atendimento emergencial ou de urgência, conforme condições e coberturas estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo 2º - Para utilizar o convênio de reciprocidade, o usuário deve encaminhar e-mail ou fax para o Eletros-Saúde, com uma antecedência

mínima de 5 (cinco) dias úteis, informando nome completo e sem abreviaturas do(s) usuário(s) que solicita(m) autorização e de sua(s) respectiva(s) genitora(s), número da Carteira de Identidade, CPF, endereço e o período da viagem para emissão da autorização.

Art. 9º - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Parágrafo Único - A data de início de vigência da inscrição no Eletros-Saúde Família, inclusive para contagem de período de carência para cada usuário, poderá ser 01, 10 e 20, de acordo com a escolha do usuário na data da solicitação formal de adesão ao Eletros-Saúde Família.

CAPÍTULO V – DOS USUÁRIOS

Art. 10 - O presente Regulamento destina-se exclusivamente ao grupo de usuários, conforme condições de admissão descritas neste Capítulo.

Art. 11 - Considera-se usuário titular, a pessoa que aderiu aos produtos do Eletros-Saúde conforme regulamentos próprios na qualidade de:

- a)** os empregados, os diretores e os administradores das CONVENIADAS, desde que vinculados ao(s) Plano(s) de Benefícios Previdenciários administrado(s) pela ELETROS;
- b)** os ex-empregados, os ex-diretores e os ex-administradores da ELETROS e de outras CONVENIADAS, desde que vinculados ao(s) Plano(s) de Benefícios Previdenciários administrado(s) pela ELETROS;
- c)** os assistidos do(s) Plano(s) de Benefícios Previdenciários administrado(s) pela ELETROS.

Parágrafo Único - Para efeitos do Plano tratado neste Regulamento, os pensionistas de usuários titulares, entendidos como tal, aqueles que recebem complementação de benefício pela ELETROS, também poderão manter ou inscrever usuários no Plano Eletros-Saúde Família, na forma estabelecida neste instrumento.

Art. 12 - Podem aderir ao Eletros-Saúde Família, na qualidade de usuários deste plano, os descendentes até 4º Grau dos titulares previstos no artigo anterior, incluídos filhos acima de 21 anos, que não esteja cursando o 3º Grau ou maior de 24 anos, netos, bisnetos e trinetos. Também podem aderir ao Eletros-Saúde Família na qualidade de usuários: irmãos, cunhados, genros, noras, sobrinhos, primos dos titulares e cônjuges/companheiros previstos no artigo anterior.

Parágrafo 1º - Excepcionalmente, poderão permanecer no Eletros-Saúde Família os usuários ascendentes que estavam inscritos antes da suspensão das adesões ocorrida em novembro de 2005 no Plano Eletros-Saúde, extinto em 31/12/2012 para fim de adequação à RN nº 254/2011.

Parágrafo 2º - A inscrição dos usuários no Eletros-Saúde Família fica condicionada à participação do usuário titular em plano de saúde do Eletros-Saúde destinado a esta categoria.

Art. 13 - É assegurada a inscrição:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção;

II - do filho natural ou adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante.

Parágrafo Único - A inscrição desses usuários fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 14 - No caso de falecimento do usuário titular, o usuário do Eletros-Saúde Família permanecerá automaticamente no plano caso já seja o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e coparticipações.

Parágrafo Único: Caso o usuário titular falecido fosse o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e coparticipações, o usuário poderá permanecer no plano desde que manifeste formalmente esta vontade em até 30 (trinta) dias a contar do óbito do titular, assumindo a responsabilidade financeira pelo pagamento das obrigações financeiras junto ao Plano.

Art. 15 - São obrigações dos usuários:

I - efetuar o pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, estas de acordo com os critérios estabelecidos no Art. 34, Parágrafo 2º, caso ele seja o responsável financeiro pelas obrigações decorrentes do Plano conforme definido na ficha de adesão;

II - manter-se informado sobre o Regulamento do Eletros-Saúde Família, zelando por sua correta aplicação;

III - devolver ao Eletros-Saúde as carteiras de identificação, quando do cancelamento da sua inscrição, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes com o Eletros-Saúde Família;

IV - prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a auditoria ou exames, quando solicitados pelo Eletros-Saúde;

V - solicitar, ao Eletros-Saúde, a autorização prévia para Internações, Exames, Tratamentos e Procedimentos, realizados na livre escolha, de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo deste Regulamento que trata de autorização prévia;

VI - assinar formulário padronizado após o atendimento prestado, zelando pela correta especificação de serviços realizados observando a regulamentação da ANS em vigor à época.

Art. 16 - São obrigações dos usuários titulares:

I - efetuar o pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, estas de acordo com os critérios estabelecidos no Art. 34, Parágrafo 2º, caso o titular tenha sido indicado como responsável financeiro pelas obrigações decorrentes do Plano na ficha de adesão;

II - efetuar as inscrições de usuários aptos a ingressar no Eletros-Saúde Família quando o usuário titular for o responsável financeiro pelo pagamento das obrigações decorrentes do Plano.

Art. 17 - São direitos dos usuários:

I - ser comunicado de todas as alterações deste Regulamento;

II - ter acesso ao cadastro da rede credenciada.

Art. 18 - Os usuários do Eletros-Saúde Família estão sujeitos às penalidades de advertência escrita, suspensão ou cancelamento da inscrição por fal-

tas cometidas, nos termos elencados no Anexo II deste Regulamento que trata da aplicação de penalidades a usuários.

CAPÍTULO VI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 19 - Após a inscrição de qualquer usuário no Eletros-Saúde Família, será entregue uma carteira de identificação, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.

Parágrafo 1º - Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação, o usuário deverá comunicar imediatamente o fato ao Eletros-Saúde, para bloqueio de sua utilização, sob pena de responder pelas despesas indevidamente realizadas.

Parágrafo 2º - No caso de emissão de segunda via da carteira de identificação, decorrente de perda, roubo sem a apresentação do boletim de ocorrência ou dano será cobrada uma taxa de emissão de segunda via.

Parágrafo 3º - O usuário que admitir a utilização de sua carteira de identificação por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

Parágrafo 4º - Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, do usuário, deverá ser devolvida, imediatamente, a carteira de identificação fornecida pelo Eletros-Saúde, sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do Eletros-Saúde Família, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.

SEÇÃO II - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Art. 20 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento standard.

Parágrafo 1º - Na hipótese de o usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Parágrafo 2º - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados ou credenciados pelo Eletros-Saúde, na acomodação em que o usuário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

SEÇÃO III - REDE CREDENCIADA

Art. 21 - O usuário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede de serviço credenciada do Eletros-Saúde para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Parágrafo 1º - Ao utilizar a rede de serviço credenciada do Eletros-Saúde, o usuário não fará qualquer desembolso, cabendo à Operadora efetuar o pagamento diretamente ao credenciado decorrente da utilização do usuário.

Parágrafo 2º - O usuário, no ato do atendimento, deverá apresentar seu documento de identidade, junto com a carteira de identificação do Eletros-Saúde para garantia de atendimento na rede credenciada.

Art. 22 - A rede credenciada será disponibilizada ao usuário no Portal do Eletros-Saúde, estando também disponível para consulta na sede do Eletros-Saúde ou pelo telefone (21) 2138-6000.

Parágrafo Único - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso, respeitadas as normas editadas pela ANS no que se refere à alteração da rede hospitalar, abaixo previstas:

I - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao usuário 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 em vigor;

II - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade do Eletros-Saúde durante período de internação de algum usuário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando o Eletros-Saúde providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência;

III - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

SEÇÃO IV - COPARTICIPAÇÃO

Art. 23 - Será cobrada coparticipação de acordo com o previsto na Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família, na utilização pelos usuários dos procedimentos abaixo relacionados:

I - Exames: 25%;

II - Tratamentos Seriadados relacionados a seguir: Acupuntura, Escleroterapia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional: 25%;

III - Demais despesas ambulatoriais, com exceção das consultas médicas, tratamentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise: 25%;

IV - Odontologia: 25%;

V - Internação Psiquiátrica superior a 30 dias por ano, nos termos estabelecidos no presente Regulamento: 50%.

Parágrafo 1º - Haverá coparticipação em exames realizados em atendimento de emergência e urgência, na forma prevista neste Regulamento.

Parágrafo 2º - O responsável financeiro deverá arcar com o pagamento das coparticipações, ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do usuário do Eletros-Saúde Família, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

SEÇÃO V – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 24 - Cabe ao prestador credenciado solicitar ao Eletros-Saúde a autorização prévia para Internações, Exames, Tratamentos e Procedimentos, de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo V deste Regulamento, que trata de autorização prévia, à exceção dos procedimentos que necessitem de segunda opinião médica ou laudo complementar, de acordo com a avaliação da área médica.

Parágrafo 1º - No caso de optar por realizar o serviço ou procedimento em regime de livre escolha,

cabe ao usuário solicitar a autorização prévia diretamente ao Eletros-Saúde, que será concedida de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo V deste Regulamento.

Parágrafo 2º - Para solicitação de autorização prévia no pedido médico ou odontológico deverá constar o nome do procedimento, a indicação clínica, data, assinatura e carimbo, número do Conselho do Profissional requisitante. O prazo de validade do pedido médico ou odontológico é de 30 dias a contar da data de sua emissão.

Parágrafo 3º - Nos casos de comprovada emergência, ocorrida em regime de livre escolha, o usuário deverá solicitar a autorização no primeiro dia útil imediatamente após a ocorrência.

Parágrafo 4º - Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia será garantida ao usuário a avaliação da solicitação do evento, pelo Eletros-Saúde, no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado a partir da data de recebimento da solicitação ou em caso inferior, quando caracterizada a urgência, para aplicação das regras de regulação.

Parágrafo 5º - Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo usuário, por médico ou cirurgião-dentista do Eletros-Saúde e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do Eletros-Saúde. Caso o profissional eleito pelo usuário não seja credenciado do Eletros-Saúde, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do usuário.

Parágrafo 6º - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada do Eletros-Saúde.

Parágrafo 7º - A lista de serviços e prazos elencados no Anexo V deste Regulamento poderá sofrer alterações quando o Eletros-Saúde julgar necessário para a saúde do usuário, que será amplamente divulgada às partes envolvidas.

Parágrafo 8º - Não é necessária a solicitação de autorização prévia para a realização de exames, procedimentos e tratamentos seriados em usuários internados.

Parágrafo 9º - O uso do citostático oral será coberto mediante prescrição médica, submetida previamente à área médica do Eletros-Saúde com prazo médio de sete dias úteis para análise e aquisição da medicação em questão. No caso da medicação não estar disponível no mercado farmacêutico na época da pesquisa, o prazo será contado a partir da disponibilidade do medicamento para aquisição.

Parágrafo 10º - É necessária a solicitação de autorização prévia para usuários internados que necessitem de medicamentos especiais ou OPME.

Parágrafo 11º - Após a concessão da autorização prévia, o usuário poderá solicitar a prévia de cálculo dos honorários, a ser valorado com base na Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde vigente.

Parágrafo 12º - A solicitação de autorização prévia para a realização de determinados exames, trata-

mentos ou internação gera uma senha de autorização. As senhas liberadas têm validade de 60 dias para exames e 30 dias para internação.

CAPÍTULO VII – DA ADESÃO E EXCLUSÃO

SEÇÃO I - DA ADESÃO DO USUÁRIO

Art. 25 - A adesão ao Eletros-Saúde Família deverá ser feita mediante preenchimento e entrega da documentação comprobatória solicitada e da ficha de adesão completa, a qual inclui a aceitação integral do usuário e de seu responsável financeiro, caso não seja o próprio usuário, aos termos deste Regulamento.

Art. 26 - Poderá aderir ao Eletros-Saúde Família todo aquele que preencha as condições definidas no Art. 12 deste Regulamento.

SEÇÃO II - DA EXCLUSÃO OU DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DE USUÁRIO

Art. 27 - O cancelamento da inscrição de um usuário do Eletros-Saúde Família será feito mediante preenchimento de formulário próprio pelo responsável financeiro, não cabendo restituição das contribuições efetuadas, devendo neste ato ser entregue a carteira de identificação, nos moldes dispostos no Capítulo VI, Seção I, Art. 19, Parágrafo 4, deste Regulamento.

Art. 28 - Será cancelada a inscrição do usuário do Eletros-Saúde Família quando:

I - falecer;

II - for requerido pelo usuário titular ou pelo próprio usuário, de acordo com a responsabilidade financeira definida na ficha de adesão;

III - houver a interrupção do pagamento dos valores devidos ao Eletros-Saúde Família, o que inclui eventuais coparticipações, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição;

IV - for punido por falta grave, em virtude de fraude comprovada, nos termos elencados no Anexo II que trata da aplicação de penalidades a usuários.

Parágrafo 1º - O cancelamento da inscrição do usuário importará, imediata e automaticamente, independente de qualquer notificação, na caducidade dos direitos inerentes a essa qualidade.

Parágrafo 2º - O cancelamento da inscrição não quita dívidas anteriores do usuário.

Parágrafo 3º - Caso o cancelamento seja solicitado pelo usuário titular, quando este for detentor da responsabilidade financeira para quitação das mensalidades e coparticipações do usuário do Eletros-Saúde Família, deverá haver ciência do usuário deste plano quanto ao pedido de exclusão mediante a assinatura de ambos em formulário próprio.

Art. 29 - O Eletros-Saúde somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos usuários nas seguintes hipóteses:

I - Fraude, conforme previsto neste instrumento;

II - Inadimplência relativa aos valores devidos ao Eletros-Saúde Família, o que inclui eventuais coparticipações, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.

Art. 30 - No caso de reintegração de usuário, o mesmo cumprirá novo período de carência, caso

a nova adesão ocorra após 30 dias da exclusão, à exceção dos casos de desligamento por fraude ou inadimplência, onde deverá ser cumprido novo período de carência.

CAPÍTULO VIII – DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 31 - O programa de assistência à saúde será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, nº 1) e alterações posteriores.

Art. 32 - O plano de custeio do programa de assistência à saúde, obedecidas às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

I - Contribuições mensais em virtude da inscrição dos usuários, pagas integralmente pelo responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão;

II - Coparticipação dos usuários;

III - Resultados dos investimentos dos fundos;

IV - Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias, não onerosos para o Eletros-Saúde.

Parágrafo 1º - Não haverá contribuição financeira das CONVENIADAS destinada a arcar com o custeio das contribuições mensais dos usuários.

Parágrafo 2º - As receitas e despesas do Eletros-Saúde Família serão contabilizadas pela ELE-TROS, em separado, em conta específica relacionada à assistência médica a seus usuários.

Art. 33 - O plano de custeio do Eletros-Saúde Família deverá conter todas as especificações relati-

vas às contribuições mensais, valores de coparticipação e eventuais novas fontes de receita.

Parágrafo 1º - O plano de custeio deverá ser aprovado conforme disposições estatutárias vigentes e que regulem as atribuições das instâncias decisórias do Eletros-Saúde e não poderá prever estipulações que afrontem as normas legais aplicáveis.

Parágrafo 2º - Após a aprovação do plano de custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

Art. 34 - O responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão, está obrigado ao pagamento das contribuições mensais e coparticipações estipuladas neste Regulamento, sujeitando-se, em caso de atraso à incidência de juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês, calculado por dia de atraso e a multa de 2% (dois por cento) aplicáveis sobre o valor do débito em atraso.

Parágrafo 1º - Cabe ao responsável financeiro o pagamento da contribuição mensal e da coparticipação pela utilização do Eletros-Saúde Família, através de boleto bancário ou débito em conta corrente.

Parágrafo 2º - Na hipótese de inadimplência por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, o usuário será excluído do Eletros-Saúde Família, sendo que o débito existente na data da exclusão, independente de quem figura como responsável financeiro do plano, poderá ser cobrado tanto do usuário como do usuário titular, em virtude da solidariedade destes no tocante às obrigações com o plano de saúde.

Parágrafo 3º - O saldo da coparticipação quando não quitado a vista receberá correção mensal pelo

INPC, sendo cobrado de acordo com os seguintes critérios:

I - No caso do valor do débito ser menor ou igual a uma mensalidade da última faixa (maior de 59 anos) do Plano Eletros-Saúde Família, será realizado o desconto integral do saldo devedor;

II - No caso do valor do débito ser maior que 01 (uma) e menor que 15 (quinze) mensalidades da última faixa (maior de 59 anos) do Plano Eletros-Saúde Família, será realizado o desconto de 01 (uma) mensalidade até a quitação do saldo devedor;

III - No caso do valor do débito ser maior que 15 (quinze) e menor que 30 (trinta) mensalidades da última faixa (maior de 59 anos) do Plano Eletros-Saúde Família, o desconto será calculado como sendo o resultado do saldo total do débito dividido por 15 (quinze);

IV - No caso do valor do débito ser maior que 30 (trinta) mensalidades da última faixa (maior de 59 anos) do Plano Eletros-Saúde Família, haverá o desconto de 02 (duas) mensalidades, até a quitação integral do saldo devedor.

Art. 35 - Os valores das contribuições mensais, definidos no plano de custeio, serão reajustados no mês de dezembro de cada ano, pela variação positiva do FIPE-SAÚDE, divulgado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 01 (um) mês, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Parágrafo 1º - O reajuste poderá ser aplicado fora do mês de dezembro, observando as regras para atualização do índice previstas neste artigo.

Parágrafo 2º - Na hipótese de aplicação do reajuste fora do mês de dezembro poderá haver alteração da data-base do reajuste, obedecendo ao disposto na legislação vigente.

Art. 36 - Os valores das contribuições mensais definidas no plano de custeio serão revistos no momento da aplicação da modalidade de reajuste estipulada no artigo anterior, em virtude de:

I - Aumento da sinistralidade;

II - Aumento considerável dos custos médicos;

III - Alteração sensível na composição dos usuários.

Art. 37 - A cada 12 (doze) meses será efetuada a avaliação do plano de custeio referente ao exercício anterior, considerando a totalidade da massa de usuários vinculada aos programas de assistência à saúde oferecidos pelo Eletros-Saúde, que poderá indicar a necessidade de aplicação do reajuste técnico e/ou revisão da forma de custeio.

Art. 38 - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 39 - Independente da data de adesão do usuário, os valores das contribuições mensais terão o primeiro reajuste integral no mês de dezembro de cada ano, entendendo esta como data base única.

Art. 40 - Qualquer reajuste aplicado ao programa de assistência à saúde deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Art. 41 - Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do programa de assistência à saúde, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais.

Art. 42 - As contribuições mensais relativas aos usuários previstas no plano de custeio correspondem a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente, sendo fixadas em função da idade do usuário inscrito, conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada faixa etária:

Faixas Etárias:	% de variação
0 a 18 anos de idade	-
19 a 23 anos de idade	20,09%
24 a 28 anos de idade	16,73 %
29 a 33 anos de idade	28,33 %
34 a 38 anos de idade	11,17 %
39 a 43 anos de idade	29,90 %
44 a 48 anos de idade	15,47 %
49 a 53 anos de idade	16,75 %
54 a 58 anos de idade	31,28 %
59 anos e acima	30,07 %

Parágrafo 1º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

I - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

II - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à

variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;

III - As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

Parágrafo 2º - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

Parágrafo 3º - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

CAPÍTULO IX – DAS CARÊNCIAS

Art. 43 - Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o usuário não terá direito às coberturas oferecidas pelo o Eletros-Saúde Família. O direito de atendimento ao usuário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após o cumprimento das carências a seguir especificadas, contados da data de sua inscrição no Eletros-Saúde Família, de acordo com o estabelecido pelo Art. 9º, Parágrafo Único deste Regulamento, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente Inciso V, Art. 12 da Lei nº 9.656/98:

I - 24 (vinte e quatro) horas, para procedimentos de urgência e emergência, nos termos estabelecidos no presente Regulamento;

II - 90 (noventa) dias, para consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e procedimentos odontológicos;

III - 180 (cento e oitenta) dias, para os demais procedimentos e coberturas previstas neste Regula-

mento, inclusive para internações, ou de procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do rol de procedimentos pela ANS;

IV - 300 (trezentos) dias, para parto a termo.

Parágrafo 1º - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

I - o usuário cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do titular à CONVENIADA;

II - o usuário cuja inscrição no Eletros-Saúde Família ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o Eletros-Saúde Família.

Parágrafo 2º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data da perda da condição de dependente, estabelecida no Regulamento do Eletros-Saúde Família, no caso da inscrição de filhos.

Parágrafo 3º - Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência.

CAPÍTULO X – DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art. 44 - O Eletros-Saúde cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos usuários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora

de serviços contratada, credenciada ou referenciada do Eletros-Saúde, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Eletros-Saúde Família e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC).

SEÇÃO I - DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS

Art. 45 - A cobertura ambulatorial compreende:

I - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e o expresso na Resolução CFM nº 1.958/2010 e suas alterações;

II - Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando houver necessidade de serem realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o segmento ambulatorial;

III - Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando houver a necessidade de serem administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

IV - Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, limitados ao

número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, bem como de acordo com as DUTs vigentes, desde que solicitadas pelo médico assistente;

IV. 1) Tratamentos em psicoterapia poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação clínica;

V - Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VI - Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD , com número de sessões definidas pelo médico solicitante de acordo com o quadro clínico apresentado;

VII - Quimioterapia oncológica ambulatorial baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados aos tratamentos específico e adjuvante, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de unidades de saúde e de acordo com os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para a patologia;

VII.1 - Adjuvante é o medicamento empregado de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

VIII - Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o

controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

IX - Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

X - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XI - Hemoterapia ambulatorial;

XII - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável, de acordo com as diretrizes de utilização.

SEÇÃO II - DAS COBERTURAS HOSPITALARES

Art. 46 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I - Internações hospitalares de todas as modalidades previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente, mediante solicitação de autorização prévia;

II - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem exceto em caráter particular e alimentação;

III - Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

IV - Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do(a) usuário(a) e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V - Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;

VI - Acomodação para o acompanhante, incluído café da manhã, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal ou similares;

VII - Alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do usuário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal ou similares;

VIII - Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

VIII.1 - Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos;

VIII.2 - O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério do Eletros-Saúde;

VIII.3 - Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e o Eletros-Saúde, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pelo Eletros-Saúde.

VIII.4 - O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pelo Eletros-Saúde para composição da junta médica.

IX - Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação do paciente, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação do paciente utilizados durante o período de internação hospitalar;

X.1 - O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do usuário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

X.1.1 - O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao usuário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

X.1.2 - Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura hospitalar.

XI - Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial de acordo com os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para a patologia;

c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde da ANS vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

e) Hemoterapia;

f) Nutrição parenteral ou enteral;

g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

h) Embolizações respeitadas as DUTs previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

i) Radiologia intervencionista;

j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

XII - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias e reconhecidas pelo Conselho de Medicina, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer de mama;

XIII - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e após análise técnica;

XIV - Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigen-

te à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as DUTs, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do usuário receptor;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

d.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

e) O usuário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

f) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o Regulamento técnico – legis-

lação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

g) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XV - Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XVI - Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contra-indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou por até no máximo 10 (dez) dias, desde que haja indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal ou similares;

XVII - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o usuário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação.

Art. 47 - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I - O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

II - Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;

III - Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

III.1 - Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao usuário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Parágrafo Único – Além da coparticipação regular quando da utilização do Plano, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do usuário, não cumulativos.

Art. 48 - O presente Regulamento garante, ainda:

I - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do Art. 35-C da Lei nº 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observadas as DUTs;

II - Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica;

III - Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

IV - Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V - Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

VI - Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

SEÇÃO III - DAS COBERTURAS ODONTOLÓGICAS

Art. 49 - O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no Art. 12, Inciso IV, da Lei nº 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico

do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e suas respectivas DUTs, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

I) Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

- a)** consulta odontológica inicial;
- b)** condicionamento em odontologia;
- c)** teste de fluxo salivar;
- d)** procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
- e)** teste de PH salivar (acidez salivar).

II) Procedimentos de RADIOLOGIA:

- a)** radiografia periapical;
- b)** radiografia interproximal - bite-wing;
- c)** radiografia oclusal;
- d)** radiografia Panorâmica de mandíbula/maxilar (ortopantomografia).

III) Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a)** atividade Educativa em Saúde Bucal;

- b)** controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 - c)** aplicação Tópica de Flúor;
 - d)** profilaxia – polimento coronário;
 - e)** aplicação de selante;
 - f)** dessensibilização dentária;
 - g)** remineralização dentária.
- IV) Procedimentos de DENTÍSTICA:**
- a)** aplicação de cariostático;
 - b)** adequação do meio bucal;
 - c)** restauração em amálgama;
 - d)** faceta direta em resina fotopolimerizável;
 - e)** núcleo de preenchimento;
 - f)** ajuste oclusal;
 - g)** restauração em ionômero de vidro;
 - h)** restauração em resina fotopolimerizável;
 - i)** restauração temporária /tratamento expectante;
 - j)** tratamento restaurador atraumático;
 - k)** remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).
- V) Procedimentos de PERIODONTIA:**
- a)** raspagem supra-gengival e polimento coronário;
 - b)** raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
 - c)** imobilização dentária;
 - d)** gengivectomia/gengivoplastia;
 - e)** aumento de coroa clínica;
 - f)** cunha proximal;
 - g)** cirurgia periodontal a retalho;
 - h)** tratamento de abscesso periodontal;
 - i)** Enxerto gengival livre;
 - j)** Enxerto pediculado.
- VI) Procedimentos de ENDODONTIA:**
- a)** capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
 - b)** pulpotomia;
 - c)** remoção de corpo estranho intracanal;
 - d)** tratamento endodôntico em dentes permanentes;
 - e)** retratamento endodôntico de dentes permanentes;
 - f)** tratamento endodôntico em dentes decíduos;
 - g)** tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
 - h)** tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;

- i)** remoção de núcleo intra-canal;
- j)** remoção de peça/trabalho protético.

VII) Procedimentos de CIRURGIA:

- a)** alveoloplastia;
- b)** apicetomia com ou sem obturação retró-grada;
- c)** biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d)** sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e)** cirurgia para tórus/exostose;
- f)** exérese ou Excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;
- g)** exodontia a retalho;
- h)** exodontia de raiz residual;
- i)** exodontia simples de permanente;
- j)** exodontia simples de decíduo;
- k)** redução de fratura alvéolo dentária;
- l)** frenotomia/Frenectomia labial;
- m)** frenotomia/Frenectomia lingual;
- n)** remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o)** tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais;

- p)** tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila;

- q)** tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;

- r)** tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;

- s)** ulectomia/ulotomia;

- t)** amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;

- u)** exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;

- v)** punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;

- w)** aprofundamento/ aumento de vestibulo;

- x)** bridectomia/bridotomia;

- y)** odonto-seção;

- z)** redução de luxação da ATM;

- aa)** tunelização.

VIII) Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

- a)** coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;

- b)** reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;

c) reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;

d) reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;

e) reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética;

f) reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética.

Parágrafo Único - A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica vigente à época do evento.

SEÇÃO IV - DAS COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 50 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, em função de atendimentos de urgência e emergência prestados fora da área de atuação do produto Eletros-Saúde Família, limitado as Tabelas de Cobertura Eletros-Saúde Família e de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde.

Art. 51 - Será garantido o reembolso para as coberturas relacionadas a seguir:

I - Escleroterapia de varizes: desde que solicitadas pelo médico assistente, sendo limitadas a 8 (oito) sessões por mês, em 3 (três) meses por ano e em 4 (quatro) anos por vida, limitadas a 96 (noventa e

seis) sessões por vida, não prorrogáveis independentemente da indicação clínica;

II - Coberturas odontológicas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, na data vigente, descritas no Anexo IV, que trata das Coberturas Adicionais.

III - Internação Domiciliar, conforme regras estabelecidas no Anexo IV.

SEÇÃO V - DO REEMBOLSO

Art. 52 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde prevista no presente instrumento, quando o usuário for atendido fora da rede credenciada da ELETROS, observando que:

I - Visitas médicas serão limitadas a uma por dia, exceto no caso de pacientes comprovadamente graves, em que poderá haver até duas visitas por dia, desde que autorizadas previamente pela auditoria médica do Eletros-Saúde. Quando o paciente estiver internado em CTI/UTI/Unidade Coronária, o acompanhamento será realizado pela equipe médica dessas unidades fechadas e similares disponibilizada pelo hospital, não cabendo o reembolso de visita hospitalar durante esse período;

II - Pareceres de especialistas compatíveis com o quadro clínico ou complicações apresentadas serão cobertos desde que autorizados previamente pela auditoria médica do Eletros-Saúde.

Parágrafo 1º - Serão observados os critérios definidos nas Tabelas de Cobertura do Eletros-Saúde Família e de Procedimentos e Honorários

do Eletros-Saúde, tendo como base a data do evento, e o disposto no Capítulo VI, Seção V e Anexo.

Parágrafo 2º - O pagamento do reembolso será limitado ao valor previsto na Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde, que não será inferior ao valor praticado pelo Eletros-Saúde junto à sua rede de prestadores, devendo ser descontados os valores devidos pelo usuário a título de coparticipação.

Parágrafo 3º - Os reembolsos serão efetuados, através de crédito em conta corrente do usuário do Plano Eletros-Saúde Família, ou por ordem de pagamento em agência a ser informada na ficha de adesão, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis a contar da data da apresentação de todos os documentos exigidos. No caso de reembolso passível de avaliação médica ou odontológica, segundo parecer médico ou odontológico, averiguação complementar ou apresentação de relatório do médico, o prazo para efetuar o reembolso será contado a partir do cumprimento das exigências solicitadas.

Parágrafo 4º - Não serão reembolsadas as despesas efetuadas junto à rede de serviço credenciada do Eletros-Saúde, salvo casos excepcionais que, com justificativa, serão analisados pelo Eletros-Saúde.

Art. 53 - O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio do Eletros-Saúde, devendo as despesas médicas e odontológicas serem apresentadas em formulário específico, separadamente.

Parágrafo 1º - O usuário terá o prazo máximo de 12 (doze) meses após a realização do procedimento para apresentação da requisição para processa-

mento de reembolso.

Parágrafo 2º - Caso o pedido de reembolso não esteja em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Regulamento, o usuário poderá reapresentá-lo, mantendo-se o prazo original de 12 (doze) meses após a realização do procedimento.

Parágrafo 3º - Eventuais débitos do usuário com o Eletros-Saúde serão compensados com os valores a serem reembolsados pela ELETROS.

Art. 54 - O recibo ou nota fiscal que apresentar mais de uma consulta ou sessão deve ter discriminadas as datas dos atendimentos, bem como sua data de emissão.

Art. 55 - O usuário deve apresentar os documentos comprobatórios das despesas efetuadas em sua forma original, sem emendas ou rasuras e acompanhados de cópia reprográfica.

Parágrafo Único - Somente é permitida a declaração do beneficiário no caso de nome incompleto.

Art. 56 - O recibo emitido por profissional (pessoa física) deve conter:

- nome completo do usuário atendido;
- CPF e número de registro no Conselho da categoria;
- descrição detalhada e quantidade de serviços prestados;
- valores unitários e valor total do documento por extenso;
- nome legível do profissional, assinatura e carimbo;

- data da emissão do recibo;
- especialidade do profissional, no caso de consulta médica ou odontológica.

Art. 57 - A nota fiscal emitida por instituição (pessoa jurídica) deve conter:

- nome legível da instituição ou estabelecimento;
- endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da instituição ou estabelecimento;
- nome completo do usuário atendido;
- quantidade de serviços prestados e respectivos valores;
- descrição detalhada dos serviços realizados;
- especialidade do profissional, no caso de consulta médica ou odontológica;
- data de emissão ou realização do procedimento.

Art. 58 - A requisição de exame complementar deve conter:

- nome completo do usuário;
- descrição dos exames a serem realizados, codificação e indicação clínica;
- nome do profissional solicitante, assinatura e carimbo;
- nº de registro no Conselho da categoria;
- data.

Parágrafo Único - Não será aceita, para fim de reembolso, a realização de exames complementares por pessoa física, exceto nos casos de eletrocardiograma e endoscopia digestiva alta.

Art. 59 - No caso de imobilizações gessadas, a comprovação das despesas deve ser feita mediante apresentação de nota fiscal discriminando os serviços e os materiais utilizados, acompanhada de indicação de médico especialista.

Parágrafo 1º - A comprovação das despesas de imobilizações não gessadas deve ser feita mediante apresentação de nota fiscal de venda de mercadorias, acompanhada de indicação de médico especialista.

Parágrafo 2º - A cobertura das despesas com imobilizações deve ter como base as tabelas vigentes no Eletros-Saúde.

Art. 60 - Para a solicitação de reembolso de honorários médicos em internação hospitalar eletiva coberta por outra Operadora de Saúde, é obrigatório que o usuário solicite autorização prévia ao Eletros-Saúde. A inobservância desta obrigatoriedade impossibilitará o reembolso.

Parágrafo 1º - Quando o usuário se internar por outra Operadora, tendo solicitado autorização prévia ao Eletros-Saúde e tendo arcado com as despesas de honorários médicos, fará jus ao reembolso exclusivamente destas despesas de acordo com as tabelas do Eletros-Saúde.

Parágrafo 2º - Se o valor pago, pelo usuário, pelos honorários médicos for maior do que o valor já reembolsado pelo Eletros-Saúde, o usuário poderá solicitar complementação de reembolso destes honorários mediante a apresentação da conta

hospitalar auditada e paga pela Operadora que custeou a internação hospitalar e da comprovação do reembolso já concedido pela outra Operadora, se houver.

Parágrafo 3º - A documentação apresentada será analisada de acordo com as tabelas do Eletros-Saúde, nas quais se baseará para a complementação de reembolso limitada em até o valor desembolsado efetivamente pelo usuário no pagamento das despesas de honorários médicos.

Parágrafo 4º - É de responsabilidade do usuário a solicitação da referida conta hospitalar junto a outra operadora de saúde para apresentação ao Eletros-Saúde.

Art. 61 - A Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde está registrada no 18º Ofício de Notas, estando também disponível na sede da ELETROS e no Portal do Eletros-Saúde www.eletrossaude.com.br. Sempre que houver alteração em referida tabela, será novamente registrada.

SEÇÃO VI – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 62 - Considera-se:

I. atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

II. atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

III. atendimento de urgência/emergência odontológico:

i. controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;

ii. tratamento de odontalgia aguda;

iii. imobilização dentária temporária;

iv. recimentação de peça/trabalho protético;

v. tratamento de alveolite;

vi. colagem de fragmentos dentários;

vii. incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;

viii. reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 63 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I - para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do usuário ao Eletros-Saúde;

II - depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

III - durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;

IV - depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V - durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Parágrafo Único - Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preeexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

SEÇÃO VII - DA REMOÇÃO

Art. 64 - Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do Eletros-Saúde e conforme regras previstas nesta Seção.

Parágrafo 1º - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do Eletros-Saúde, 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.

Parágrafo 2º - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos

casos do usuário estar cumprindo período de carência para internação.

Parágrafo 3º - Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões preexistentes.

Art. 65 - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I - quando não possa haver remoção por risco de morte, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o Eletros-Saúde, desse ônus;

II - caberá ao Eletros-Saúde o ônus e a garantia da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

III - na remoção, o Eletros-Saúde 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;

IV - quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, o Eletros-Saúde estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

SEÇÃO VIII – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Art. 66 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Eletros-Saúde Família os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

I - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia do Eletros-Saúde sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II - Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do usuário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;

III - Exames e prescrições medicamentosas solicitadas e/ou efetuadas por nutricionistas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogos;

IV - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

V - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

VI - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VII - Tratamento de rejuvenescimento, de prevenção do envelhecimento ou de emagrecimento com

fins estéticos, assim como internações em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VIII - Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

IX - Fornecimento ou reembolso de materiais e medicamentos não cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

X - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, inclusive Órteses, Próteses e Materiais Especiais;

XI - Fornecimento de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvada a cobertura dos medicamentos anti-neoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XII - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC e aquele que não possui as indicações descritas na bula ou no manual registrado na ANVISA (uso off-label);

XIII - Fornecimento, colocação ou remoção de

próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, ressalvados os procedimentos previstos na Cobertura Adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;

XIV - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XV - Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI - Serviços de cuidador, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVII - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

XVIII - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou não regularizadas no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo CFM, e, ainda, aquele que não possui as indicações descritas na bula ou no manual registrado na ANVISA (uso off-label);

XIX - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XX - Casos de cataclismos, guerras e comoções

internas, quando declarados pela autoridade competente;

XXI - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XXII - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, ressalvados os garantidos expressamente na Cobertura Adicional prevista no presente Regulamento;

XXIII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, ressalvados os procedimentos previstos na Cobertura Adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;

XXIV - Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do usuário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;

XXV - Despesas com transporte aeromédico;

XXVI - Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXVII - Cirurgia para mudança de sexo;

XXVIII - Avaliação pedagógica;

XXIX - Orientações vocacionais;

XXX - Especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;

XXXI - Remoção domiciliar;

XXXII - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXXIII - Exames para renovação de carteira nacional de habilitação;

XXXIV - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXV - Implantes e transplantes ósseos;

XXXVI - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XXXVII - Serviços com materiais importados ou metais nobres;

XXXVIII - Clareamento dentário extrínseco;

XXXIX - Próteses, exceto àquelas discriminadas no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS;

XL - Despesas de atendimentos médicos realizados no exterior;

XLI - Guarda de cordão umbilical

XLII - Tratamentos ortodônticos e de implantes dentários.

CAPÍTULO XI – DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 67 - No momento da adesão ao presente instrumento, o usuário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de

caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do Eletros-Saúde Família, conforme o disposto no Inciso II do Parágrafo único do Art. 13 da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo 1º - Juntamente com o formulário da Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Usuário.

Parágrafo 2º - O usuário 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 pelo Eletros-Saúde, sem qualquer ônus para o usuário.

Parágrafo 3º - Caso o usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do Eletros-Saúde, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Parágrafo 4º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o usuário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o usuário saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Parágrafo 5º - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário pelo Eletros-Saúde, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 68 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa

do usuário, 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, o Eletros-Saúde oferecerá a cobertura parcial temporária.

Parágrafo Único - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 69 - A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo Único - As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pelo Eletros-Saúde por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pelo Eletros-Saúde para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 70 - 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, bem como está disponível para consulta e cópia no Portal do Eletros-Saúde.

Art. 71 - Exercendo prerrogativa legal, o Eletros-Saúde

não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 72 - Identificado indício de fraude por parte do usuário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, o Eletros-Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao usuário através de Termo de Comunicação ao usuário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do usuário à cobertura parcial temporária.

Parágrafo 1º - Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá ao Eletros-Saúde o ônus da prova.

Parágrafo 2º - O Eletros-Saúde poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do usuário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

Parágrafo 3º - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Parágrafo 4º - Se solicitado pela ANS, o usuário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Parágrafo 5º - Após julgamento, e acolhida a alegação do Eletros-Saúde, pela ANS, o usuário 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 pree-

xistente, pelo Eletros-Saúde, bem como será excluído do Eletros-Saúde Família.

Parágrafo 6º - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 73 - O presente Capítulo não vigorará:

I - para o usuário cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do titular à CONVENIADA;

II - para o usuário cuja inscrição no Eletros-Saúde Família ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o Eletros-Saúde Família.

CAPÍTULO XII - DA ADMINISTRAÇÃO

SEÇÃO I - DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 74 - Competirá ao Conselho Deliberativo da ELETROS, órgão superior de decisão e orientação da ELETROS, a fixação de objetivos, políticas e normas gerais através de edição de Atos Normativos que passarão a fazer parte do presente Regulamento como Anexos.

Art. 75 - O Conselho Deliberativo da ELETROS terá também as seguintes atribuições:

I - Aprovar alterações no Regulamento do Plano;

II - Deliberar sobre alteração de valores de contribuições mensais para o Eletros-Saúde Família.

SEÇÃO II - DO ÓRGÃO EXECUTOR

Art. 76 - A administração e operacionalização do Eletros-Saúde será conduzida pela Diretoria Executiva da ELETROS.

CAPÍTULO XIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 77- Os atendimentos hospitalares, consultas médicas, tratamentos odontológicos, reembolsos diversos, constantes deste Regulamento estarão sujeitos à auditoria ou outro tipo de comprovação, sujeitando-se os infratores às penalidades da lei e deste regulamento.

Art. 78 - Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da ELETROS “ad referendum” do Conselho Deliberativo.

Art. 79 - O encerramento da operação do Eletros-Saúde pela ELETROS se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 80 - Fica eleito o foro da Comarca da CONVENIADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXOS DO REGULAMENTO ELETROS-SAÚDE FAMÍLIA**ANEXO I: TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE FAMÍLIA**

Tipos de Serviço/Modalidades	Fator de Cobertura da Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde
Consultas	
Livre Escolha	2,10
Rede Credenciada	1,00
Diárias Hospitalares	
Livre Escolha	4,00
Rede Credenciada	1,00
Despesas Hospitalares	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Honorários Médicos em Internação	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Internação Psiquiátrica superior a 30 dias	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,50
Tratamentos Seriadados em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Acupuntura	0,75
Escleroterapia	0,75
Fisioterapia	0,75
Quimioterapia	1,00
Nutrição	1,00
Terapia Renal Substitutiva	1,00
Radioterapia	1,00

Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional	
Livre Escolha	1,50
Rede Credenciada	0,75
Exames em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Clínicos Laboratoriais	0,75
Exames de Imagem (Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e outros)	0,75
Próteses/Órteses ligadas ao ato cirúrgico	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Remoção Inter-hospitalar	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Odontologia em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	0,75
Dentística	0,75
Endodontia	0,75
Odontopediatria	0,75
Periodontia	0,75
Prevenção	0,75
Prótese	0,75
Radiologia	0,75

ANEXO II: APLICAÇÃO DE PENALIDADES A USUÁRIOS

Art. 1º - O usuário está sujeito às seguintes penalidades por faltas cometidas por ele próprio:

I - advertência escrita, nos casos de menor gravidade;

II - suspensão da inscrição pelo prazo máximo de 12 (doze) meses;

III - cancelamento da inscrição, nos casos de fraude tentada ou consumada.

Parágrafo Único - No caso de ser punido com cancelamento da inscrição, o usuário somente poderá voltar a se inscrever após 5 (cinco) anos, mediante parecer favorável do Conselho Deliberativo.

Art. 2º - São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos usuários:

I - criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento;

II - omitir informações solicitadas ou previstas em Regulamento;

III - não apresentar documentação, nos prazos estipulados, referentes à prestação de contas de adiantamentos feitos;

IV - ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;

V - apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de usuários no Plano Eletros-Saúde Família;

VI - ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;

VII - falsificar ou adulterar documentos.

Parágrafo Único - Outros atos ou fatos não relacionados no “caput” que configurem infração aos regulamentos ou à legislação, bem como tentativa ou consumação de fraude, serão, também, a critério do Conselho Deliberativo, passíveis de penalidade.

Art. 3º - Conforme o tipo de infração, serão aplicadas as seguintes penalidades previstas nos incisos I a III do artigo 1º:

I - nos casos descritos nos incisos I a III do artigo 2º, exceto reincidência, advertência;

II - nos casos de reincidência de atos descritos nos incisos I a III do artigo 2º, suspensão;

III - nos casos descritos nos incisos IV a VII do artigo 2º, cancelamento da inscrição.

Parágrafo 1º - O tempo de duração das penalidades de suspensão será estabelecido pelo Conselho Deliberativo, conforme a gravidade do caso.

Parágrafo 2º - O Conselho Deliberativo deverá, com base no relatório de processo administrativo mencionado no artigo 4º, restringir a punição aos usuários infratores desde que este não seja o titular.

Art. 4º - A aplicação de qualquer penalidade somente ocorrerá após aprovação pelo Conselho Deliberativo do relatório de processo administrativo.

Parágrafo 1º - O processo administrativo será instaurado, por decisão do Superintendente do Plano, a pedido de qualquer de seus funcionários.

Parágrafo 2º - O Superintendente comunicará, por escrito, a instauração do processo administrativo ao usuário envolvido, que poderá apresentar defesa no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da comunicação.

Art. 5º - Cabe ao Conselho Deliberativo examinar o processo encaminhado, podendo promover a busca de documentação complementar, provas e depoimentos para julgar a falta e determinar a penalidade a ser aplicada.

Parágrafo Único - O Superintendente instruirá o processo com a documentação que considerar pertinente.

Art. 6º - No caso em que o ato lesivo tenha sido comprovado após a concessão do benefício correspondente, o Eletros-Saúde deverá ser ressarcido pelo usuário, das despesas incorridas, acrescidas de encargos financeiros correspondentes à variação do IGP-M mais juros de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo das penalidades aqui descritas e ações judiciais cabíveis.

Art. 7º - As penalidades serão comunicadas ao usuário pelo Superintendente do Plano, através de notificação por escrito, com cópia para o Conselho Deliberativo.

ANEXO III: COBERTURAS ODONTOLÓGICAS

Regras para Auditoria Odontológica:

O tratamento odontológico deve ser avaliado por auditor credenciado de acordo com os critérios estabelecidos neste anexo.

Cabe ao auditor:

- Verificar a execução e a qualidade técnico-científico dos trabalhos realizados e dos planejamentos propostos;

- Não autorizar os serviços e planejamento que estejam em desacordo com os protocolos técnicos e científicos estabelecidos para o desempenho adequado da prática odontológica;

- Não autorizar os serviços que não estejam previstos como objeto de cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou da TPHES.

É vedado ao auditor:

- Prestar atendimentos de qualquer especialidade aos usuários;

- Realizar auditorias em especialidade diferente daquela para a qual contratado.

1) Tratamentos com obrigatoriedade de auditorias inicial e final:

- Há obrigatoriedade de auditorias iniciais e finais nos tratamentos com valor igual ou maior que 02 (dois) salários mínimos vigentes.

- Todos os tratamentos, independente de valor, desde que envolvam procedimentos em Prótese e Cirurgia (com exceção da remoção de dentes inclusos e/ou impactados e exodontias).

- Internações e cirurgias em ambiente hospitalar, além das auditorias, necessitam de autorização prévia.

2) Tratamentos, independente de valor, que são submetidos somente à auditoria final, dispensados da auditoria inicial:

- Endodontia – todos os tratamentos, sendo obrigatória a apresentação do RX inicial e final para sua realização;

- Remoção de dente inclusos e/ou impactados, sendo obrigatória a apresentação das radiografias inicial e final para sua realização.

3) Tratamentos isentos de auditoria, independente de valor, desde que estejam somente eles relacionados no formulário específico (respeitadas as carências de cada um):

ajuste oclusal	exodontia simples
aplicação de cariostático	frenectomia lingual
aplicação tópica de flúor	frenectomia labial superior
aumento de coroa clínica	frenectomia labial superior

biópsia de cavidade bucal	modelos de estudo
condicionamento em odontopediatria	orientação de Higiene Oral (OHB)
condicionamento em odontologia	placa de mordida miorelaxante
conserto simples	recolocação / remoção de próteses
controle de placa	reembasamento
dessensibilização dentinária	restauração em ionômero de vidro
exodontia de decíduo	restauração temporária
exodontia de raiz residual	ulotomia

- O usuário pode ser convocado para auditoria de amostragem independente do valor do tratamento e do prazo em que foram propostos.

- O usuário tem um prazo de 7 (sete) dias úteis para fazer a auditoria final após o término do tratamento, quando necessário.

- A não realização pelo usuário de auditoria final, dentro do prazo determinado, implica débito integral do valor do tratamento.

- Nos casos de tratamento de emergência, cujas despesas ultrapassem o limite de isenção, a auditoria inicial deve ser realizada até ao quinto dia após o atendimento.

- O Eletros-Saúde poderá isentar da realização de auditoria o usuário lotado em região metropolitana onde não haja auditor credenciado.

- Quando os orçamentos tiverem valor igual ou maior que 2 (dois) salários mínimos nacionais, as auditorias inicial e final são obrigatórias a todas as especialidades odontológicas.

ANEXO IV: Coberturas Adicionais Eletros-Saúde Família

Tipos de Serviço/Modalidades	Limites Simples ou Múltiplos
Tratamentos Seriadados	
Escleroterapia	- 8 sessões por mês; - 24 sessões por três meses por ano; e - limitada a 96 sessões por vida.
Internação Domiciliar	De acordo com critérios de elegibilidade técnico-administrativos do Eletros-Saúde

Coberturas Adicionais em Odontologia

PROCEDIMENTO	Limite	
	Quantidade	Dias
Diagnóstico		
Emergência horário normal	Sem limite	
Emergência noturna (sábado, domingo e feriado)	Sem limite	
Imaginologia		
Radiografia ântero-posterior ou lateral do crânio e ossos da face	1	365
Radiografia da ATM série completa (3 incidências)	1	365
Radiografia radiodôntica - 14 incidências	1	365
Prevenção		
Remoção de cálculo supragengival e polimento com ultrassom (boca toda)	1	90
Odontopediatria		
Condicionamento em odontopediatria	3	365
Mumificação pulpar	Sem limite	
Plano inclinado	Sem limite	

Pulpectomia em dente permanente	Sem limite	
Endodontia		
Clareamento dental por elemento desvitalizado	Sem limite	
Pulpectomia em dente permanente	Sem limite	
Mumificação pulpar	Sem limite	
Periodontia		
Manutenção de tratamento periodontal	1	90
Placa de mordida miorreaxante	Sem limite	
Rizectomia	Sem limite	
Sepultamento Radicular por elemento	Sem limite	
Prótese		
Conserto simples	Sem limite	
Coroa Metálica 4/5	Sem limite	
Reembasamento	Sem limite	
Cirurgia Oral e Traumatologia		
Excisão em cunha de lábio e sutura	Sem limite	
Sulcoplastia por arcada	Sem limite	
Suturas múltiplas de face	Sem limite	
Suturas simples de face	Sem limite	

* Esta lista poderá sofrer alterações quando a operadora julgar necessário para a segurança da saúde do beneficiário, o que deve ser informado às partes envolvidas.

** As autorizações de eventos urgência e emergência deverão ser enviadas até o primeiro dia útil subsequente à solicitação/evento.

ANEXO V - LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Serviço	Prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS
Internações e prorrogações, cirurgias	
Internações para realização de exames/procedimentos	05 dias úteis
Internações cirúrgicas, clínicas, obstétricas, psiquiátricas, dependência química, hospital-dia	
Internações Domiciliares/Serviços Domiciliares	10 dias úteis
Cirurgias com utilização de órteses, próteses e materiais ESPECIAIS-OPME	
Cirurgias com utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)	10 dias úteis
Eventos com utilização/realização medicamentos especiais e genética	
Procedimentos com utilização de medicamentos especiais (de alto custo)	05 dias úteis
Terapia imunobiológica endovenosa para Artrite Reumatóide, Artrite Psoriásica, Doença de Crohn e Espondilite Anquilosante	
Tratamento Ocular com antiangiogênico	
Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleção e Microduplicação por FISH	
Exames e Procedimentos	
Angiotomografia Coronária	03 dias úteis
Ecoendoscopia e Enteroscopia	
Elastografia Hepática Ultrassônica	
Litotripsias	
Mamotomia	
Pet Scan Oncológico	
Pesquisa de Vírus Zika - por PCR, por IgG e por IgM	

Tilt test	03 dias úteis
Tomografia de Coerência Ótica (OCT)	
Embolização de Artéria Uterina	05 dias úteis
Tratamentos Seriadados	
Acupuntura	03 dias úteis
Escleroterapia	
Hidroterapia	
Fonoaudiologia	
Nutrição (somente para os casos DUT acima de 6 sessões)	
Oxigenioterapia Hiperbárica	
Psicologia e Psicoterapia	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Terapia Ocupacional	
Terapia Renal Substitutiva	
Remoções	
Prazo para emissão de autorização: com a urgência possível, dependendo da necessidade apresentada.	
Procedimentos que requerem segunda opinião especializada para autorização prévia	
Cirurgias Buco Maxilares	05 dias úteis (prazo a contar do recebimento do parecer da segunda opinião)
Cirurgias e pequenos procedimentos dermatológicos	
Cirurgias Neurológicas	
Cirurgias Oftalmológicas Refrativas	
Cirurgias Oncológicas	
Cirurgias Ortopédicas	
Cirurgias Otorrinolaringológicas	
Cirurgias Plásticas Reparadoras	

* Esta lista poderá sofrer alterações quando a operadora julgar necessário para a segurança da saúde do beneficiário, o que deve ser informado às partes envolvidas.

** As autorizações de eventos urgência e emergência deverão ser enviadas até o primeiro dia útil subsequente à solicitação/evento.



Rua Uruguaiana, 174 - 5º andar - Centro
Rio de Janeiro, RJ - CEP 20050-092

Telefone:

(21) 2138-6000 (opção 1)

Autorização Médica:

(21) 2179-4919

www.eletrossaude.com.br

ANS – n.º 31.390-4