

Regulamento do Plano Eletros-Saúde AEPE



Sumário

CAPÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS	3
CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	3
CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES	4
CAPÍTULO IV - DAS CONDIÇÕES DE ADESÃO E EXCLUSÃO	5
CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	7
CAPÍTULO VI - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA	12
CAPÍTULO VII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA	14
CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	14
CAPÍTULO IX - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	16
CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO	17
CAPÍTULO XI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	19
CAPÍTULO XII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	22
CAPÍTULO XIII - DO PLANO DE CUSTEIO	22
CAPÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	24
ANEXO I: DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	26
ANEXO II: DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO	27
ANEXO III: DA LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	28
ANEXO IV: DAS COPARTICIPAÇÕES	31

CAPÍTULO I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A **ELETROS-SAÚDE – Associação de Assistência à Saúde**, operadora de planos privados de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 42.207-0, classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 34.844.263/0001-07 e localizada na Rua Uruguaiana, 174 – 7º andar – Centro em Rio de Janeiro - RJ, é a instituição a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

Art. 2º. A **ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA EMPRESA DE PESQUISA ENERGÉTICA – AEPE**, a qual está inscrita no CNPJ sob o nº 27.954.489/0001-97 e situada na na Praça Pio X, 54, Centro, Rio de Janeiro, passa a ser **PATROCINADORA** do plano de saúde de que trata este regulamento.

§1º. A formalização da condição de **PATROCINADORA** será efetivada por meio de convênio de adesão, nos termos da legislação aplicável.

§2º. Considera-se **PATROCINADORA** a instituição pública ou privada a qual participa, total ou parcialmente, do custeio de plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e à sua administração.

Art. 3º. O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **Eletros-Saúde AEPE**; está registrado na ANS sob o nº Nº 497.709/23-2; e possui as seguintes características gerais:

- I. Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
- II. Segmentações assistenciais:** Ambulatorial; hospitalar com obstetrícia;
- III. Fator moderador:** Coparticipação
- IV. Área geográfica de abrangência:** Estadual
- V. Área geográfica de atuação:** Rio de Janeiro

VI. Padrão de acomodação em internação: Individual

VII. Formação do preço: Pré-estabelecido

VIII. Cobertura assistencial: Limitada ao rol da ANS

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O plano **Elétros-Saúde AEPE**, doravante denominado **“PLANO”**, é um programa de assistência à saúde destinado aos empregados da **PATROCINADORA**, doravante denominados **“BENEFICIÁRIOS”**, e extensivo aos dependentes deles os quais atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste regulamento.

Parágrafo Único – O objetivo do plano é oferecer aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura de despesas médico-hospitalares, conforme a legislação vigente (Lei nº 9.656/1998) e as regras retratadas neste instrumento.

Art. 5º. O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e/ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/1998, 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) e compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento, para as segmentações seguintes segmentações: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Parágrafo Único – O presente instrumento é um regulamento o qual traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, cujas características são de contrato de adesão.

CAPÍTULO III DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º. Para os efeitos deste regulamento, serão adotadas as seguintes definições:

I. Acomodação individual: internação em unidade hospitalar com banheiro privativo e destinada a um paciente individualmente.

II. Adjuvantes medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, cuja finalidade é intensificar o seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.

III. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde.

IV. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.

V. Ambulatório: estabelecimento legalmente constituído; integrante – ou não – de um hospital; e capacitado para o atendimento de consultas médicas básicas e especializadas, de procedimentos terapêuticos e de diagnósticos – sem a necessidade de internação hospitalar.

VI. Área de abrangência geográfica: área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

VII. Atendimento ambulatorial: serviços realizados em ambulatório os quais não exigem internação hospitalar.

VIII. Auditoria: atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e relações humanas e sociais.

IX. Beneficiário: pessoa física (titular ou dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.

X. Carência: prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.

XI. Carteira de identificação: documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.

XII. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10): ferramenta epidemiológica do cotidiano médico a qual foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa a monitorar a incidência e prevalência de doenças, mediante uma padronização universal das doenças.

XIII. Coparticipação: parte efetivamente paga pelo beneficiário titular à operadora de saúde quando são utilização dos serviços cobertos, por si e por seus dependentes; e definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.

XIV. Custo médico-hospitalar: expressa a variação do custo das operadoras de plano de saúde comparando dois períodos consecutivos de 12 meses, captando oscilações tanto da frequência de utilização como do preço médico dos serviços de assistência à saúde.

XV. Dependente legal: dependente informado pelo empregado; declarado no imposto de renda; e/ou reconhecido por meio de sentença

judicial ou Instrumento Declaratório Público; e reconhecido pela empresa.

XVI. Doença Grave: conforme a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna (câncer), cegueira, hanseníase, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de parkinson, espondiloartrose anquilosante, neofropatia grave, estados avançados da doença de paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), fibrose cística (mucoviscidose) e alzheimer.

XVII. Evento: conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar realizado pelo beneficiário do plano.

XVIII. Exames complementares de diagnóstico: exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais solicitados pelo médico.

XIX. Hospital-Dia: atendimento hospitalar o qual não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

XX. Internação hospitalar eletiva: internação programada, ou seja, não emergencial.

XXI. Internação hospitalar emergencial: internação de caráter emergencial, ou seja, não programada.

XXII. Mensalidade: valor pago pelo titular com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde – por si e por seus dependentes.

XXIII. Modalidade convênio: escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam da lista de credenciados.

XXIV. Modalidade livre escolha: escolha do profissional liberal da área de saúde clínica, hospitalar e laboratorial não conveniado com a operadora de saúde.

XXV. Reciprocidade: convênio celebrado entre duas operadoras de planos de saúde que ofereçam condições similares para utilização recíproca da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde de modo a prestar atendimentos aos beneficiários, permutando os serviços e observando as normas de cada participante.

XXVI. Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS: listagem mínima e obrigatória de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer.

XXVII. Tratamento seriado: aquele realizado em sessões sucessivas, tais como: acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, psicologia e terapia renal substitutiva.

CAPÍTULO IV DAS CONDIÇÕES DE ADESÃO E EXCLUSÃO

SEÇÃO I – DA ADESÃO DO USUÁRIO OU DEPENDENTE

Art. 7º. Serão considerados beneficiários titulares, para fins de adesão ao **PLANO**, as pessoas naturais as quais mantenham os seguintes vínculos com a **PATROCINADORA**:

I. Empregados com vínculo ativo com a **EMPRESA DE PESQUISA ENERGÉTICA** associados à Patrocinadora **AEPE**;

Art. 8º. Serão considerados beneficiários dependentes, para efeito do plano **Eletros-Saúde AEPE**:

I. cônjuge ou companheiro de união estável – inclusive os do mesmo sexo;

II. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros menores de 21 anos de idade;

III. Os filhos (naturais ou adotivos) ou enteados, entre 21 (vinte um) e menor de 24 (vinte quatro) anos, solteiros, sem renda própria, estudantes matriculados regularmente em curso superior reconhecido pelo Ministério da Educação;

IV. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros maiores de 21 anos incapacitados permanentemente para o trabalho;

V. os menores sob tutela ou curatela; e

§1º. A inscrição de dependentes ficará condicionada à participação de titular.

§2º. Para efeito de cadastramento no plano **Eletros-Saúde AEPE**, será obrigatória a apresentação de documentos os quais comprovem a veracidade da dependência com o titular.

Art. 9º. Para o cadastro no plano **Eletros-Saúde AEPE**, será necessária a apresentação digitalizada ou cópia simples, da documentação constante do anexo I deste instrumento, com a ficha de adesão preenchida e assinada.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de vinte um anos, incapacitados permanentemente, deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo INSS comprovando a invalidez e a cópia da documentação emitida pelo Poder Judiciário com a atribuição da curatela.

§2º. O filho (incluído o adotivo), enteado e curatelado, quando universitários, ao completarem 24 (vinte e quatro) anos, perderão o direito de permanecer no plano **Eletros-Saúde AEPE**.

§3º. Semestralmente, o titular do benefício deverá encaminhar à ELETROS-SAÚDE a documentação que comprove a matrícula do filho (incluindo adotivo), enteado ou pessoa sob curatela inscrita no plano Eletros-Saúde AEPE e que esteja cursando .

Art. 10. Será assegurada a inclusão:

I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo

do beneficiário titular, ou de seu dependente, com a isenção do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, e não cabendo nenhuma alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; e

II. Do filho adotivo, menor de 21 (vinte e um) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, desde que ocorra dentro do prazo de 30 (trinta) dias após a lavratura do termo de adoção.

Parágrafo Único – A inclusão dos beneficiários previstos nos incisos I e II ficará condicionada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente regulamento.

Seção II

DA EXCLUSÃO OU DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO E PERDA DA CONDIÇÃO DE USUÁRIO OU DEPENDENTE

Art. 11. A solicitação de cancelamento da inscrição de um usuário do plano **Eletros-Saúde AEPE** será feita mediante preenchimento de formulário próprio, disponível no Portal da Operadora, clicando em Beneficiários/Formulários, para realizar o download do Formulário de Cancelamento Imediato RN 412.

Art. 12. Será cancelada a inscrição do usuário que:

I. Falecer;

II. Que deixar de ser associado à AEPE;

III. Que perder a qualidade de dependente, ressalvada a possibilidade de aderir ao plano Eletros-Saúde Família ou Eletros-Saúde Família Essencial;

IV. Deixar de pagar os valores devidos ao **Eletros-Saúde AEPE**, o que inclui a coparticipação, por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;

V. A pedido do titular.

§1º. O cancelamento da inscrição do usuário titular importará, automaticamente, na caducidade dos direitos inerentes a essa qualidade.

§2º. O cancelamento também acarreta, imediata e automaticamente, independente de qualquer notificação, a caducidade dos direitos relativos aos seus dependentes.

§3º. O cancelamento da inscrição não quita dívidas anteriores do usuário.

§4º. Na hipótese de inadimplência do beneficiário em relação aos valores devidos ao plano **Eletros-Saúde AEPE**, também serão excluídos seus dependentes inscritos no plano.

§5º. No caso de falecimento do usuário titular, o dependente poderá aderir ao plano Eletros-Saúde Assistidos ou Eletros-Saúde Assistidos Essencial.

CAPÍTULO V DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 13. A **ELETROS-SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **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 plano **Eletros-Saúde AEPE** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I Da Cobertura Médico-Hospitalar

Art. 14. A cobertura ambulatorial compreende:

I. Os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656/1998 e regulamentação infralegal específica vigente;

II. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

III. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;

IV. Medicamentos registrados e ou 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 administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente e pelo cirurgião dentista;

V. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

VI. Consultas e sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabele-

cido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

VII. 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, em número ilimitado de sessões por ano;

VIII. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

IX. Quimioterapia oncológica ambulatorial, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

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

XI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais 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;

XII. Hemoterapia ambulatorial;

XIII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial; e

XIV. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem 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.

Art. 15. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, desde que solicitadas pelo médico assistente;

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

III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, desde que indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e

b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação hospitalar.

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 beneficiário 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 e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou em internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII. 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;

a) 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 contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) 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, conforme determina a Resolução 1.956 do CFM, ficando a escolha a cargo da **ELETROS-SAÚDE**;

c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **ELETROS-SAÚDE**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **ELETROS-SAÚDE**; e

d) O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela **ELETROS-SAÚDE** para composição da junta médica.

VIII. 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, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. 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 utilizados durante o período de internação hospitalar;

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

a) O cirurgião dentista assistente e ou o médico assistente deverá justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) Os honorários e materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais utilizados em situações de imperativo clínico, realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

XI. Procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a)** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b)** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c)** Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d)** Hemoterapia;
- e)** Nutrição parenteral ou enteral;
- f)** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g)** Radiologia intervencionista;
- h)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i)** 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; e
- j)** 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.

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

XIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIV. Procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, de conformidade com o estabelecido na

legislação específica vigente, devendo dessa forma considerar que:

a) O beneficiário 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;

b) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT; e

c) 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. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, 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 beneficiário receptor;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, 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; e

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

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

XVII. Despesas, incluindo 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 (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares; e

XVIII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o beneficiário titular tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 16. . Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, será observado o seguinte:

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 previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;

III. No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definido para fins deste regulamento, como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvol-

ver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento; e

IV. Nas internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de adesão do beneficiário.

Art. 17 – O presente regulamento garante ainda:

I. Atendimentos para planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;

II. Eventos e procedimentos relacionados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação clínica;

III. Insumos necessários à realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, bem como equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, incluindo os profissionais de instrumentalização cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, e caso haja indicação clínica;

IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários à 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 cons-

tem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V. Procedimentos realizados por laser, radio-frequência, 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; e

VI. Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, 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.

VII. Cirurgias de redesignação sexual e mamoplastia com implante de próteses para mulheres transgênero serão realizadas mediante a apresentação de parecer médico especializado que ateste a necessidade da intervenção, acompanhado por avaliações psiquiátricas e psicológicas, além de documento de identidade comprobatório da mudança de gênero.

CAPÍTULO VI DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 18. 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 plano **Eletros-Saúde AEPE** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **ELETROS-SAÚDE** sem atendimento às condições previstas neste regulamento;

II. Atendimentos prestados antes do início da vigência, respeitadas as demais condições deste regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e ou não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aqueles que fazem uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;

IV. 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;

V. 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;

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como 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 de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território;

rio nacional e sem registro vigente na ANVISA;

X. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial e dos medicamentos antineoplásicos 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;

XI. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

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

XIII. Casos de cataclismos, guerras e comissões internas, quando declarados pela autoridade competente;

XIV. Aplicação de vacinas preventivas e hiposensibilizantes;

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

XVI. Serviços de cuidador seja em regime hospitalar ou domiciliar;

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

XVIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

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

XX. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste regulamento;

XXI. Despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste regulamento;

XXII. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, 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;

XXIII. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

XXIV. Avaliação pedagógica;

XXV. Orientações vocacionais;

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

XXVII. Qualquer outro tipo de atendimento e/ou assistência domiciliar – listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura –, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XXVIII. Remoção domiciliar;

XXIX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXX. Investigação de paternidade, maternidade ou consaguinidade;

XXXI. Tratamento prescrito por profissional

não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXII. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XXXIII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais; e

XXXIV. Guarda de cordão umbilical.

CAPÍTULO VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19. Os serviços previstos neste regulamento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente o inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656/1998, e nas normas regulamentares da ANS:

I. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e/ou emergência;

II. 300 (trezentos) dias para os casos de parto a termo;

III. 90 (noventa) dias para consultas, exames e atendimentos ambulatoriais;

IV. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

Parágrafo Único - O prazo de carência será contado a partir do processamento da adesão do beneficiário ao plano **Eletros-Saúde AEPE**.

Art. 20. Será isento do cumprimento dos períodos de carência:

I. o beneficiário titular bem como os dependentes dele se a adesão ao plano **Eletros-Saúde AEPE** ocorrer até 30 (trinta) dias da data da assinatura do convênio de adesão ou da vinculação do titular à **PATROCINADORA**;

II. o beneficiário dependente se a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o plano **Eletros-Saúde AEPE**.

§1º. Entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplifica-

tivamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho, entre outras.

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

CAPÍTULO VIII

DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 21. Não será aplicada cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, aos beneficiários e às beneficiárias regularmente inscritos, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do ingresso do beneficiário ou da beneficiária na **PATROCINADORA** ou da disponibilidade do plano a eles.

Art. 22. Caso a **ELETROS-SAÚDE** venha permitir o ingresso de beneficiários ou beneficiárias fora do prazo contemplado no artigo anterior, os novos inscritos poderão sujeitar-se ao preenchimento do formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do plano **Eletros-Saúde AEPE**, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a "Carta de Orientação ao Beneficiário".

§2º. O beneficiário terá 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 pela **ELETROS-SAÚDE** – sem nenhum ônus.

§3º. Caso o beneficiário opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissio-

nais da rede assistencial da **ELETROS-SAÚDE**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada será orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, em que serão declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano Eletros-Saúde AEPE, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e às consequências da omissão de informações.

§5º. Será vedada à **ELETROS-SAÚDE** a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, por ocasião de sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 23. Sendo constatada (por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário) a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **ELETROS-SAÚDE** oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 24. A cobertura parcial temporária consistirá 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. 25. 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 pela **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 mediante exames médicos de avaliação exigidos pela ela para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 26. Os procedimentos de alta complexidade estarão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Art. 27. Exercendo prerrogativa legal, a **ELETROS-SAÚDE** não optará pelo fornecimento do agravo.

Art. 28. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário em relação à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano, a **ELETROS-SAÚDE** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário por meio de "Termo de Comunicação ao Beneficiário" e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

§1º. Instaurado o processo administrativo na ANS, à **ELETROS-SAÚDE** caberá o ônus da prova.

§2º. A **ELETROS-SAÚDE** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

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

§5º - Após julgamento, e acolhida a alegação da **ELETROS-SAÚDE**, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **ELETROS-SAÚDE**, bem como será excluído do plano.

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

Art. 29. O presente capítulo não vigorará caso o beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de:

I. 90 (noventa) dias a contar da data de assinatura do convênio de adesão ou a contar da vinculação do titular à **PATROCINADORA**;

II. 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o plano **Eletros-Saúde AEPE** – nos casos de dependentes.

Parágrafo único – Entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho, entre outras.

CAPÍTULO IX DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 30. 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 vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

Art. 31. 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 24h (vinte e quatro horas) da adesão do beneficiário ao plano **Eletros-Saúde AEPE**;

II. Depois de cumpridas as carências 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; e

III. Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação;

IV. Depois de cumpridas as carências 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 dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação; e

VI. 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 Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II Da Remoção

Art. 32. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor:

I. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da **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; e

II. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

a) 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 pré-existentes; e

b) Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

b.1) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **ELETROS-SAÚDE**, desse ônus;

b.2) Caberá à **ELETROS-SAÚDE** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

b.3) Na remoção, a **ELETROS-SAÚDE** deverá disponibilizar ambulância com os recur-

sos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

b.4) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'b.2', a **ELETROS-SAÚDE** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X DO REEMBOLSO

Art. 33. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de atendimentos eletivos ou de urgência e ou emergência, dentro do território nacional:

§1º. Não é cabível o pagamento de reembolso de serviços utilizados em prestador pertencente à rede de credenciados da **ELETROS-SAÚDE**.

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **ELETROS-SAÚDE**, que não será inferior ao valor praticado pela operadora de saúde junto à rede de credenciados do plano **Eletros-Saúde AEPE**, tendo como base o valor praticado na data de realização do evento.

§3º. A Tabela de Referência estará disponível na sede da operadora de saúde e no site www.eletrossaude.com.br.

§4º É possível o reembolso integral, descontados os valores de coparticipação, quando:

I. Nos casos de urgência/emergência, inexistir ou estiver indisponível prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento conforme demanda do beneficiário, observando-se a área de abrangência do produto; e

II. Nos casos eletivos, a operadora de saúde não conseguir disponibilizar o atendimento dentro das condições e dos prazos estabelecidos pela ANS, comprovado através de protocolo de atendimento emitido pela operadora de saúde.

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos na conta-corrente do beneficiário titular, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, sempre descontados os devidos valores de coparticipação.

§6º. A cobrança de coparticipação seguirá as regras dispostas no art. 41 deste regulamento e incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados, sendo abatida do valor a ser reembolsado.

§7º. O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, tratamentos seriados, exames complementares de diagnóstico, devem ser requeridos à **ELETROS-SAÚDE**, com toda a documentação comprobatória do serviço prestado.

§8º. Quando o serviço for prestado por pessoa, física é obrigatório recibo contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante:
 - a) Os recibos apresentados em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome, conselho de classe e CPF do profissional, ficam dispensados da aposição de carimbo.

III. Especialidade, se profissional médico;

IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e

V. Data de quitação do serviço.

§9º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica é obrigatória nota fiscal contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;

II. Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;

III. Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;

IV. Especialidade, se profissional médico; e

V. Data de quitação do serviço.

§10º. A requisição de exame complementar deve conter:

I. Nome completo do beneficiário;

II. Descrição do exame, codificação e indicação clínica;

III. Nome, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional solicitante;

- a) A requisição de exame apresentada em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome e número do Conselho Regional de Classe do profissional, fica dispensada da aposição de carimbo.

IV. Data.

§11º. Os exames complementares devem ser realizados em estabelecimentos pessoa jurídica, excetuando-se os exames de Eletrocardiograma e Endoscopia Digestiva Alta que podem ser realizados em estabelecimentos pessoa física.

§12º. Faz-se necessária a apresentação dos documentos listados no anexo II deste instrumento ao se pedir o reembolso.

§13º. Em caso de negativa da solicitação, o beneficiário poderá reapresentar a pedido no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento da resposta da operadora de saúde, desde que anexe justificativas e/ou documentação complementar que justifique a reapresentação.

§14º. Na reapresentação, as justificativas e ou documentos faltantes na análise anterior deverão ser encaminhados, quando serão gerados

um novo protocolo e um novo prazo.

§15º. Os recibos, notas fiscais, pedidos médicos, laudos especializados enviados por meio digital para fim de solicitação de reembolso, devendo o titular obrigatoriamente guardar as vias originais por um prazo de 5 anos para eventual auditoria da **ELETROS-SAÚDE**.

§16º. O titular do plano tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do recibo ou nota fiscal.

§17º. É vedada a solicitação de reembolso de despesas contraídas pelo beneficiário junto a prestadores que se configurem como parentes até o terceiro grau consanguínio e segundo grau por afinidade.

§18º. Não serão reembolsadas despesas constantes em documentos ilegíveis e/ou rasurados.

CAPÍTULO XI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Carteira de Identificação do plano ELETROS-SAÚDE AEPE

Art. 34. A **ELETROS-SAÚDE** disponibilizará aos beneficiários a Carteira de Identificação eletrônica, em conformidade com os padrões vigentes à época –, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens do plano **Eletros-Saúde AEPE**, podendo a **ELETROS-SAÚDE** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

Parágrafo Único – Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do plano Eletros-Saúde AEPE é exigido, além da carteira de identificação do plano, um documento de identidade pessoal do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica

na não obrigatoriedade de atendimento, por parte do prestador de serviço sem autorização por parte da **ELETROS-SAÚDE**.

Seção II Das Modalidades de Utilização do plano ELETROS-SAÚDE AEPE

Art. 35. A **ELETROS-SAÚDE** disponibiliza duas modalidades para a utilização do plano **Eletros-Saúde AEPE**: Credenciamento e Livre Escolha, ficando a escolha a critério do beneficiário.

Art. 36. Na prestação de serviços, o beneficiário ou responsável deverá assinar a Guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

Parágrafo Único - O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada devem apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

Art. 37. O atendimento aos beneficiários será prestado por rede contratada ou conveniado pela operadora de saúde para esse fim.

§1º. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§2º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da **ELETROS-SAÚDE** na Internet. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **ELETROS-SAÚDE** na Internet, na forma e

prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º. A **ELETROS-SAÚDE** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998.

Seção III Da Autorização Prévia

Art. 38. Cabe ao prestador credenciado solicitar à **ELETROS-SAÚDE** a autorização prévia para a realização dos serviços elencados no anexo III deste regulamento.

§1º. Quando o procedimento envolver utilização de materiais especiais, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Área de Regulação Médica da **ELETROS-SAÚDE** o laudo médico e com a justificativa da indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, dentre aquelas regularizadas junta à Anvisa, que atendam às características especificadas, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, ficando a escolha sob a responsabilidade da operadora de saúde.

§2º. Necessitam de autorização prévia do auditor médico e ou do perito odontológico os tratamentos indicados pela operadora de saúde junta à rede credenciada.

§3º. Quando não existirem as 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes conforme parágrafo 1º, deverá ser apresentado justificativa ou carta de exclusividade.

§4º. Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de até 3 (três) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo creden-

ciado e o plano **Eletros-Saúde AEPE** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§5º. Cirurgia e internação hospitalar emergencial devem ser comunicadas à **ELETROS-SAÚDE**, até 3 (três) dias úteis da ocorrência, e deverá ser apresentado o Laudo Médico.

§6º. Serão efetuadas auditorias médica prévia e final, conforme normas estabelecidas pela **ELETROS-SAÚDE**.

§7º. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado da data da solicitação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, nos termos deste regulamento.

§8º. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico ou cirurgião-dentista da **ELETROS-SAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **ELETROS-SAÚDE**.

§9º. A autorização prévia somente será efetivada pela **ELETROS-SAÚDE** mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento. No pedido médico deverá constar o nome completo do paciente, o nome e/ou código do procedimento, a indicação clínica, o local de realização do procedimento, data, assinatura e carimbo, número do Conselho do Profissional requisitante. O prazo de validade do pedido médico é de 30 dias a contar da data da sua emissão.

§10º. Para a análise adequada da autorização prévia, a **ELETROS-SAÚDE** reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares

a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao beneficiário(a).

§11º. A **ELETROS-SAÚDE** compromete-se a garantir ao beneficiário o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011 ou na que vier a substituí-la, levando em consideração a data a partir da qual o beneficiário realizou a entrega da documentação completa exigida para análise

§12º. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o beneficiário será submetido. Quando necessária à permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à **ELETROS-SAÚDE** a prorrogação da autorização.

Seção IV Do Atendimento

Subseção II Da Psicologia e Fonoaudiologia

Art. 39. Tratamentos psicoterápicos, psicopedagogia e fonoaudiologia deverão ser descritos os tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e diagnóstico para autorização prévia junto à **ELETROS-SAÚDE**, devendo também ser anexada a solicitação do médico assistente para a realização do tratamento seriado em questão.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 12 (doze) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar nova solicitação acompanhado de laudo especializado contendo CID o diagnóstico para nova autorização.

Subseção III Da Acupuntura e Fisioterapia

Art. 40. Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia é necessária a solicitação médica, observado o Anexo IV, que trata de Autorização Prévia.

§1º. Os insumos necessários à realização de acupuntura (ex.: agulhas) estão contemplados na negociação realizada junto ao prestador de serviços e não serão remunerados ou reembolsados à parte.

Subseção IV Da Terapia Ocupacional

Art. 41. Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica na **ELETROS-SAÚDE**.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 12 (doze) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado contendo CID, para nova autorização.

Seção V Das Coparticipações

Art. 42. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário titular à **ELETROS-SAÚDE**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário titular, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos beneficiários inscritos, dos procedimentos relacionados no anexo IV deste instrumento.

§2º. Para todos os serviços do plano **Eletros-Saúde AEPE**, a **ELETROS-SAÚDE** utilizará Guias padronizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, procedendo ao desconto do valor relativo à coparticipação em folha de pagamento de cada titular por meio de envio de arquivo para a **EPE**, que figura como interveniente no convênio de adesão firmado entre a **ELETROS-SAÚDE** e a **AEPE**.

§3º. A **ELETROS-SAÚDE** informará à **EPE** o valor total da coparticipação de cada beneficiário, após a realização dos procedimentos, nos termos previstos no presente regulamento.

§4º. A **EPE** ficará reponsável por efetuar o desconto da contribuição mensal do beneficiário titular e de dependentes, bem como dos valores referentes às coparticipações oriundas das utilizações de serviços por parte dos beneficiários inscritos no plano à **ELETROS-SAÚDE**, fazendo o repasse dos valores à Operadora.

CAPÍTULO XII DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 43. O plano **Eletros-Saúde AEPE** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido' nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, subitem 11.1.1) e alterações posteriores.

Art. 44. O plano de custeio do plano **Eletros-Saúde AEPE**, obedecidas às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

- I. Contribuição mensal dos beneficiários titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes;
- II. Coparticipação dos beneficiários, e
- III. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos prece-

dentos, não onerosos para a **ELETROS-SAÚDE**.

Art. 45. As contribuições mensais relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seus Dependentes, conforme valores definidos no plano de custeio, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento, ficando a **EPE** responsável pelo processamento do referido desconto.

§1º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as contribuições mensais, a cobrança será efetuada através de boleto bancário, que deverá ser pago até sua respectiva data de vencimento.

§2º. A **EPE** é responsável pelo repasse tempestivo à **ELETROS-SAÚDE** do valor integral das contribuições e eventuais coparticipações dos beneficiários do plano e fará o desconto da parte referente aos beneficiários titulares conforme normas internas.

§3º. Os valores devidos, quando não quitados tempestivamente, serão corrigidos em conformidade com os índices correccionais estabelecidos 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 2,0% (dois por cento) aplicáveis sobre o valor do débito em atraso.

§4º. No caso de inadimplência por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, o beneficiário será excluído do plano Eletros-Saúde AEPE, sendo que o débito existente na data de exclusão cobrado pela Operadora.

CAPÍTULO XIII DO PLANO DE CUSTEIO

Art. 46. Anualmente, será efetuada a avaliação do custeio do plano **Eletros-Saúde AEPE**, que poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas previstas neste instrumento ou da forma de custeio prevista no plano de custeio, inclusive com a aplicação de reajustes técnico-atuariais nos valores e percentuais da tabela de

contribuições, o que ocorrerá no mês de janeiro, programado para o reajuste financeiro.

§1º. A avaliação atuarial deverá levar em consideração:

I. Reajuste financeiro, apurado de acordo com a variação positiva do Fipe Saúde, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 1 (um) mês, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo; e

II. Desequilíbrio técnico, considerando os seguintes fatos:

- a)** Aumento da sinistralidade do plano;
- b)** Aumento considerável dos custos médicos;
- c)** Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do rol de procedimentos pela ANS; e
- d)** Alteração sensível na composição dos beneficiários.

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente regulamento.

§3º. Independente da data de adesão do beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no mês de janeiro de 2025, conforme aniversário de vigência deste regulamento, entendendo esta como data base única.

§4º. Qualquer reajuste aplicado ao plano **Eletros-Saúde AEPE** deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

§5º. Caberá ao Conselho Deliberativo da Operadora de Saúde modificar a forma de custeio do plano, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais e nos eventuais componentes.

Art. 47. 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.

Faixa Etária	% de variação
0 - 18 anos	-
19 -23 anos	20,1
24 - 28 anos	16,7
29 - 33 anos	28,3
34 - 38 anos	11,2
39 - 43 anos	29,9
44 - 48 anos	15,5
49 - 53 anos	16,7
54 - 58 anos	31,3
59 mais	30,1

§1º. 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 beneficiário pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

§3º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

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

c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§4º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso – Lei 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste regulamento.

CAPÍTULO XIV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I DAS OBRIGAÇÕES

Art. 48. São obrigações do Beneficiário Titular:

I. Comunicação imediata à **ELETROS-SAÚDE** da perda da carteira de identificação para uso do plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;

II. Zelo na utilização do plano **Eletros-Saúde AEPE**, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;

III. Confirmar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais, no ato do recebimento da nova carteira de identificação de beneficiários do plano **Eletros-Saúde AEPE**;

IV. Devolução da carteira de identificação de todos os beneficiários no momento do desligamento ou quando qualquer de seus beneficiários perderem essa condição;

V. Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e ou segunda opinião médica;

VI. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e pedidos médicos em suas vias originais, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento ou reembolso;

VII. Atendimento as solicitações da **ELETROS-SAÚDE**, quando esta julgar necessário, de avaliações exames complementares de diagnósticos, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final e outros documentos pertinentes que forem solicitados;

VIII. Declarar e atualizar os dados de seus beneficiários; e

IX. Arcar com o pagamento da parte das mensalidades, e coparticipações que lhe forem cabíveis.

Art. 49. São obrigações da Operadora:

I. Comunicar todas as alterações deste Regulamento;

II. Disponibilizar a rede credenciado do plano no Portal da Operadora, www.eletrossaude.com.br e

III. Disponibilizar as informações quanto a despesas relativas à assistência médica realizada pelo beneficiário.

**Seção II
DAS PENALIDADES**

Art. 50. O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeita o beneficiário titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo Único – São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos beneficiários e dependentes:

I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em regulamento;

II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento.

III. Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;

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

IV. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais;

V. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;

VI. Falsificar ou adulterar documentos; e

VII. Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação.

Art. 51. A **ELETROS-SAÚDE** poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao beneficiário titular, conforme a gravidade da falta cometida:

I. Advertência escrita;

II. Suspensão;

III. Exclusão.

§1º. O beneficiário titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

§2º. A suspensão ou exclusão do beneficiário titular, nos termos deste artigo, implicará a automática suspensão ou cancelamento da inscrição de seus dependentes.

§3º. O beneficiário, que sofrer a aplicação da penalidade, terá o prazo de 10 (dez) dias, após o recebimento da notificação, para apresentar a defesa e, se necessário, recorrer à instância competente.

§4º. As penalidades aplicadas serão comunicadas ao beneficiário titular por notificação escrita, com cópia para a **PATROCINADORA**.

Seção III

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 52. Este regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no

seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 53. Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 54. Nenhuma responsabilidade caberá a **ELETROS-SAÚDE** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular, e de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do beneficiário.

Parágrafo Único – A responsabilidade da **ELETROS-SAÚDE** descrita no Caput se aplicará exclusivamente nos procedimentos assistenciais que tenham sido antecipadamente auditados e autorizados pela **ELETROS-SAÚDE**.

Art. 55. A **ELETROS-SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 56. Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da **ELETROS-SAÚDE**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 57. O presente regulamento vigorará por 60 meses (sessenta meses), a partir da data de sua publicação, podendo ser revisado a qualquer tempo, dentro desse período, objetivando as adequações necessárias para o funcionamento do plano de saúde.

Art. 58. Fica eleito o foro da comarca da **PATROCINADORA**, para dirimir quaisquer demandas sobre o presente regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

ANEXO I DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Relação	Documentos Comprobatórios
Titular	Comprovação de vínculo formal com a PATROCINADORA RG e CPF Comprovante de residência Comprovante de domicílio bancário
Relação de Dependência	Documentos Comprobatórios
Cônjuge	Certidão de casamento; RG e CPF;
Companheiro	Certidão de União Estável emitida em cartório; RG e CPF;
Filho (incluído o adotivo) menor de 21 anos	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Enteado menor de 21 anos	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho (incluído o adotivo) menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1º graduação)	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente.
Enteado menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1º graduação)	Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente.
Curatelado	Decisão judicial nomeando o curador Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Menor sob guarda em processo de adoção	Decisão judicial comprobatória Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho portador de doença grave ou necessidade especial incapacitante	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos); Atestado médico comprovando a incapacidade

ANEXO II

DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO

Procedimento ou serviço	Documentação comprobatória
Consultas Médicas/ Tratamentos Seriadados	<p>Recibo (PF) contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome completo do usuário atendido; - CPF e número de registro no Conselho da categoria; - descrição detalhada e quantidade de serviços prestados, no caso de sessões de tratamento seriado informar as datas em que foram prestados os atendimentos; - solicitação do médico assistente (no caso de indicação de realização de tratamento seriado) - 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. <p>Nota Fiscal (PJ) contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome legível da instituição ou estabelecimento; - endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da instituição ou estabelecimento; - nome completo do usuário atendido; - CPF e número de registro no Conselho da categoria; - descrição detalhada e quantidade de serviços prestados, no caso de sessões de tratamento seriado informar as datas em que foram prestados os atendimentos, sendo obrigatório que o beneficiário tenha enviado o laudo cadastramento para autorização prévia; - 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.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT	<ul style="list-style-type: none"> - Recibo ou nota fiscal, observando o detalhamento relacionado acima; - Pedido Médico justificando a necessidade de realização do procedimento; - Autorização prévia quando for necessário de acordo com a listagem informada no Anexo III .
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> - Nota fiscal, observando o detalhamento relacionado acima; - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso; - Fatura com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.
Internações	<ul style="list-style-type: none"> - Recibo ou nota fiscal do estabelecimento hospitalar e ou dos profissionais que prestaram atendimento; - Relatório do médico assistente justificando a necessidade de internação, com descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e demais informações que se fizerem pertinentes; - Senha de autorização prévia emitida pela Operadora - Fatura hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados; - Em caso de internação cirúrgica, apresentar cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico; - Se utilizado implante de órtese, prótese ou material especial, apresentar nota fiscal do material utilizado.

ANEXO III

DA LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Serviço	Prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS
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)	10 dias úteis
Procedimentos com utilização de medicamentos especiais (de alto custo)	10 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	
Angiotomografia Coronária	03 dias úteis
Ecoendoscopia e Enteroscopia	
Elastografia Hepática Ultrassônica	

Litotripsias	03 dias úteis
Mamotomia	
Pet Scan Oncológico	
Pesquisa de Vírus Zika - por PCR, por IgG e por IgM	
Tilt test	
Tomografia de Coerência Ótica (OCT)	
Embolização de Artéria Uterina	05 dias úteis
Acupuntura	03 dias úteis
Fonoaudiologia	
Nutrição (somente para os casos DUT acima de 6 sessões)	
Oxigenioterapia Hiperbárica	
Psicologia e Psicoterapia	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Terapia Ocupacional	
Terapia Renal Substitutiva	

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.

**ANEXO IV
DAS COPARTICIPAÇÕES**

Crítérios	Coparticipação	Limitador
Internação psiquiátrica	10%	A partir do 30º dia de internação
Consultas; exames de qualquer natureza; tratamentos seriados; e terapia	10%	-
Demais procedimentos médico-ambulatoriais	10%	-
Internações; Quimioterapia; diálise; hemodiálise; e radioterapia	0%	-



www.eletrossaude.com.br

ANS - n.º 42.207-0