

Regulamento Eletros-Saúde Ex-empregados



Eletros-Saúde
Associação de Assistência à Saúde

Sumário

CAPÍTULO I - DA OPERADORA	3
CAPÍTULO II - DO OBJETO	3
CAPÍTULO III - DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO	4
CAPÍTULO IV - DAS CARACTERÍSTICAS	8
CAPÍTULO V - DOS USUÁRIOS	9
CAPÍTULO VI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	11
CAPÍTULO VII - DA ADESÃO E EXCLUSÃO	14
CAPÍTULO VIII - DO CUSTEIO DO PLANO	16
CAPÍTULO IX - DAS CARÊNCIAS	18
CAPÍTULO X - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS	19
CAPÍTULO XI - DA ADMINISTRAÇÃO	36
CAPÍTULO XII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	37
CAPÍTULO XIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS	38

CAPÍTULO I DA OPERADORA

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.

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, Entidade Fechada de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ sob o nº 34.268.789/0001-88, localizada na Avenida Marechal Floriano, nº 19 – 27º e 28º Andares, Centro, CEP: 20.080-003, no município do Rio de Janeiro – RJ.

Parágrafo Único - - A Eletros-Saúde 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 Ex-empregados e está registrado na ANS sob o nº

508.115/26-7, possuindo como Características Gerais:

I - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

II - Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia;

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 do Capítulo X - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS, o programa de assistência à saúde assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III deste 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 e Hospitalar com Obstetrícia 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 que tiveram vínculo empregatício com as Patrocinadoras da Eletros-Saúde.

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.

1 - Auditoria de Amostragem - é a avaliação de uma amostra de tratamentos, selecionados como representativos de um todo, realizada por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde;

2 - Auditoria de Avaliação - é a avaliação, realizada por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde, para liberação do pagamento da segunda parcela de tratamento ortodôntico;

3 - Auditoria de Instalação - é a avaliação de instalação do aparelho ortodôntico, realizada por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde;

4 - Auditoria Final - é a avaliação da execução do tratamento, realizada por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde;

5 - Auditoria Inicial - é a avaliação do tratamento proposto, realizada por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde;

6 - Auditoria Pós-cirúrgica - é a avaliação da cirurgia efetivamente executada para instalação do implante dentário, realizada por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde;

IX - Autorização Prévia - É a autorização concedida pela Eletros-Saúde anteriormente à execução do serviço. O usuário, no caso de realização do procedimento em livre escolha, deverá solicitar à Eletros-Saúde a autorização prévia para que possa realizar os exames e tratamentos relacionados no Anexo III, 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 à Eletros-Saúde é do credenciado.

X - Carteira de Identificação - É a carteira emitida pela 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 na Eletros-Saúde, conforme Artigo 9º, Parágrafo Único, deste Regulamento, durante o qual o usuário titular e seus dependentes deverão permanecer ininterruptamente no plano, sem direito às coberturas.

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

XIII - Cobertura Assistencial - Corresponde a todos os serviços de assistência médica e hospitalar 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 titular à Eletros-Saúde, referente à utilização dos serviços assistenciais cobertos, por si, e por seus dependentes, 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-Saúde com outras operadoras de planos de assistência à saúde, 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:

Usuário	Documentos necessários
Titular	Ficha de adesão preenchida, datada e assinada
	Cópia da Carteira de Identidade
	Cópia do CPF
	Cópia do comprovante de residência
	Cópia do comprovante de domicílio bancário (cópia de folha de cheque ou do cartão de débito)
Cônjuge	Cópia da Carteira de Identidade
	Cópia do CPF
	Cópia da Certidão de Casamento
Companheiro(a)	Cópia da Carteira de Identidade
	Cópia do CPF
	Cópia da Certidão de União Estável
Filhos(as)	Cópia da Certidão de Nascimento ou da Carteira de Identidade
	Cópia do CPF no caso de filho maior de 18 anos
	Cópia do comprovante de escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 24 anos incompletos
	Se inválido maior de 21 anos, apresentar cópia do Laudo emitido pelo INSS comprovando a invalidez e a cópia da documentação emitida pelo Poder Judiciário com a atribuição da curatela
	Cópia da documentação emitida pelo Poder Judiciário com a atribuição da tutela
	Se enteado, apresentar cópia da Declaração Anual do Imposto de Renda

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 e/ou hospitalar.

XX - Doenças ou lesões preexistentes -

São aquelas que o usuário (ou seu representante legal) saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano.

XXI - Exames Complementares de Diagnóstico Ambulatoriais - São os exames necessários ao diagnóstico do pacien-

te, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica, bem como outros exames especiais, por solicitação médica, que não necessitem de internação hospitalar.

XXII - Honorários - É a forma de remuneração do conjunto de atos médicos 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 pela 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 - 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.

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

XXXII - Próteses - Qualquer material permanente ou transitório que substitua to-

tal ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

XXXIII - Rede Credenciada - São as instituições e os profissionais credenciados pela 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 Ex-empregados- 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 da 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, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Quimioterapia, Radioterapia, Psicologia e Terapia Renal Substitutiva.

CAPÍTULO IV DAS CARACTERÍSTICAS

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

I - Ser destituído de fins lucrativos;

II - Ser custeado pelos usuários titulares definidos no Art. 10, através de contribuições mensais, podendo haver coparticipação dos usuários nas despesas, de acordo com a Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Ex-empregados;

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 pela Eletros-Saúde por meio de rede credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante convênio de reciprocidade para os usuários em trânsito;

V - Reembolsar total ou parcialmente as despesas dos seus usuários titulares, seus cônjuges e filhos, relativas à assistência médico-hospitalar, consultas médicas, exames diagnósticos, internações, tratamentos e despesas odontológicas descritas neste Regulamento, quando não for utilizada a rede credenciada da Eletros-Saúde, sempre obedecendo aos critérios estabelecidos pelo Eletros-Saúde Ex-empregados para a concessão das coberturas previstas neste Regulamento e à Tabela de Cobertura para reembolso;

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

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

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

CAPÍTULO V DOS USUÁRIOS

Art. 10. Podem aderir ao Eletros-Saúde Ex-empregados:

I - Na qualidade de usuário titular:
- os ex-empregados, os ex-diretores e os ex-administradores das CONVENIADAS que contribuíram para o plano de saúde oferecido pela conveniada, considerando que os planos contributivos das CONVENIADAS começaram a vigorar a partir de novembro de 2021;

- os aposentados das CONVENIADAS que contribuíram para o plano de saúde oferecido pela conveniada, considerando que os planos contributivos das CONVENIADAS começaram a vigorar a partir de novembro de 2021.

II - Na qualidade de usuário dependente do titular:

- o cônjuge;
- o companheiro, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- os filhos naturais ou adotivos, solteiros e até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos;
- os filhos naturais ou adotivos, solteiros, entre 21 (vinte e um) anos e 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos, se universitários, desde que comprovem, anualmente até o mês de março do ano corrente, a respectiva matrícula em curso superior;
- o filho inválido, desde que seja comprovada a invalidez por laudo emitido pelo INSS e apresentada a cópia da documentação emitida pelo Poder Judiciário com atribuição da curatela;
- o menor que esteja sob tutela do titular.

Parágrafo Único - A inscrição dos usuários dependentes genitores fica condicionada à participação anterior no plano de saúde contratado para os usuários ativos vinculados às conveniadas, sendo necessário o encaminhamento do comprovante de dependência financeira no IR atualizado, comprovando a manutenção dessa condição.

Art. 11 - 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;

III - do menor que esteja sob tutela do titular.

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

Art. 12 - São obrigações dos usuários:

I - manter-se informado sobre o Regulamento do Eletros-Saúde Ex-empregados, zelando por sua correta aplicação;

II - efetuar o pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, de acordo com os critérios estabelecidos no Art. 31, Parágrafo 3º; responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos existentes com a Eletros-Saúde;

III - efetuar as inscrições e cancelamentos de inscrições de seus dependentes, responsabilizando-se por informar à Eletros-Saúde qualquer alteração cadastral na situação de seus dependentes, que altere requisitos estabelecidos neste Regulamento para manutenção no programa de assistência à saúde, tais como estado civil, união estável, emancipação, renda, mudança de categoria;

IV - informar à Eletros-Saúde o CPF dos

seus dependentes maiores de 18 anos assim que os mesmos completarem a referida idade, por se tratar de informação obrigatória para o cadastro de beneficiários de Operadoras de Plano Privado de Assistência à Saúde;

V - prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a auditoria ou exames, assim como seus dependentes, quando solicitados pela Eletros-Saúde;

VI - solicitar, à 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 III deste Regulamento que trata de autorização prévia;

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

Art.13 - São direitos dos usuários:

I - obter informações quanto às despesas relativas à sua assistência e a de seus dependentes;

II - ser comunicado de todas as alterações deste Regulamento;

III - ter acesso ao cadastro da rede credenciada.

Art. 14 - Os usuários do Eletros-Saúde Ex-empregados estão sujeitos às penalidades de advertência escrita, suspensão

ou cancelamento da inscrição por faltas cometidas, nos termos elencados no Anexo II deste Regulamento que trata da aplicação de penalidades a usuários.

CAPÍTULO VI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 15. 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 Ex-empregados, podendo a Eletros-Saúde adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

Parágrafo 1º - Nos atendimentos assistenciais a carteira de identificação deverá ser apresentada juntamente com o seu documento de identidade ou do responsável pelo usuário, se este for menor.

Parágrafo 2º - O usuário que admitir a utilização de sua carteira de identificação por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

SEÇÃO II - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Art. 16 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento standard.

Parágrafo 1º - Na hipótese de o usuário optar por acomodação hospitalar supe-

rior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço.

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

Parágrafo 1º - Ao utilizar a rede de serviço credenciada da Eletros-Saúde, o usuário não fará qualquer desembolso, cabendo a 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 da Eletros-Saúde para garantia de atendimento na rede credenciada.

Art. 18 - A rede credenciada será disponibilizada ao usuário no Portal da Eletros-Saúde, estando também disponível para consulta na sede da Eletros-Saúde ou pelo telefone (21) 3900-3132.

Parágrafo Único - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, respeitadas as normas editadas pela ANS. No que se refere à alteração da rede hospitalar, serão observadas as regras 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 da 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 a 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. 19 - Será cobrada coparticipação de acordo com o previsto na Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Ex-empregados, na utilização pelos usuários dos procedimentos abaixo relacionados:

I - Exames: 15%;

II - Tratamentos Seriados relacionados a seguir: Acupuntura, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional: 15%;

III - Demais Despesas Ambulatoriais, com exceção das consultas médicas, tratamentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise: 15%;

IV – Odontologia Rol – 15%;

V - Odontologia Extra-Rol – 30%

VI - Internações Psiquiátricas por período superior a 30 dias por ano, nos termos estabelecidos no presente Regulamento: 50%.

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

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

SEÇÃO V – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 20 - Cabe ao prestador credenciado solicitar à Eletros-Saúde a autorização prévia para Internações, Exames, Tratamentos e Procedimentos, de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo III deste Regulamento, que tra-

ta de autorização prévia, à exceção dos procedimentos que necessitem de perícia 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 à Eletros-Saúde, que será concedida de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo III deste Regulamento.

Parágrafo 2º - Para solicitação de autorização prévia no pedido médico 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 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 titular 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, pela 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 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 usuário, por médico da Eletros-Saúde e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Eletros-Saúde. Caso o profissional eleito pelo usuário não seja credenciado da 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 da Eletros-Saúde.

Parágrafo 7º - A lista de serviços e prazos elencados no Anexo III deste Regulamento poderá sofrer alterações quando a 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 da 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 da Eletros-Saúde vigente.

Parágrafo 12º - A solicitação de autorização prévia para a realização de determinados exames, tratamentos ou internação gera uma senha de autorização. As senhas liberadas têm validade de 60 dias para exames e internação.

CAPÍTULO VII DA ADESÃO E EXCLUSÃO

SEÇÃO I - DA ADESÃO DO USUÁRIO OU DEPENDENTE

Art. 21. A adesão ao Eletros-Saúde Ex-empregados deverá ser solicitada à Eletros-Saúde, mediante preenchimento e entrega da documentação comprobatória solicitada e da ficha de adesão completa, a qual inclui a aceitação integral dos termos deste Regulamento, indicando a modalidade de cobrança da contribuição mensal e da coparticipação devidas.

Parágrafo Único – O usuário titular terá como opção de cobrança da contribuição mensal e da coparticipação as modalidades de folha de benefícios Eletros; boleto bancário ou débito automático na instituição bancária contratada pela Eletros-Saúde para esta finalidade.

Art. 22 - Poderá aderir ao Eletros-Saúde Ex-empregados todo aquele que preencha as condições definidas no Art. 10 deste Regulamento.

Art.23 - O usuário titular poderá alterar a relação de dependentes por ele inscritos, dentro do elenco taxativo de dependentes disposto neste Regulamento, não podendo haver mais de um dependente da categoria cônjuge/companheiro(a).

Parágrafo 1º - Considera-se companheiro(a) a pessoa que mantém união estável com o usuário, de acordo com o Parágrafo 3º do Artigo 226 da Constituição Federal e com o Art. 1.723 do Código Civil, devendo a cópia da Certidão de União Estável ser entregue à Eletros-Saúde para fim de adesão.

Parágrafo 2º - Equiparam-se aos filhos, o menor que esteja sob tutela do titular e o enteado, desde que comprovada sua dependência econômica, através da apresentação da Declaração Anual de Imposto de Renda do titular do plano ou de seu cônjuge.

Art. 24 - O dependente cônjuge inscrito na forma deste Regulamento, conforme disposto no Art. 26, Parágrafo 4º, deste Regulamento, poderá passar à condição de titular em produto específico da Ele-

tros-Saúde, optando por manter como seus, os dependentes inscritos pelo usuário falecido.

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

Art.25 - A solicitação de cancelamento da inscrição de um usuário do Eletros-Saúde Ex-empregados será feita mediante preenchimento de formulário próprio.

Art. 26 - Será cancelada a inscrição do usuário que:

I - falecer;

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

III – que perder a qualidade de titular;

IV – que perder a qualidade de dependente, ressalvada a possibilidade de manutenção em plano específico destinado a categoria de vinculados;

V – a pedido do usuário titular;

VI – houver interrupção de pagamento dos valores devidos ao Eletros-Saúde Ex-empregados, o que inclui mensalidade e eventuais coparticipações, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.

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

Parágrafo 2º - O cancelamento também acarretará, imediata e automaticamente, independente de qualquer notificação, a caducidade dos direitos relativos aos seus dependentes, ressalvada a hipótese de falecimento.

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

Parágrafo 4º - No caso de falecimento do usuário titular, tendo o seu dependente cônjuge optado por permanecer como usuário de um dos planos da Operadora, conforme disposto no Art. 24, deverá enviar à Eletros-Saúde a ficha de adesão ao plano na categoria de titular, e, verificada a existência de débitos do titular falecido com a Eletros-Saúde, preencher o Termo de Ciência e Concordância disponibilizado pela Operadora para transferência dos débitos para a nova inscrição.

Art. 27 – 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. 28. 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. 29 - O plano de custeio do programa de assistência à saúde, obedecidas as normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

I - Contribuições mensais de participantes em virtude da inscrição dos titulares e de seus dependentes;

II - Coparticipação dos usuários;

III - Resultados dos investimentos dos fundos;

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

Art. 30 - O plano de custeio do Eletros-Saúde Ex-empregados deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos usuários, 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 da 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. 31 - Os usuários estão obrigados ao pagamento das contribuições mensais e das 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).

Parágrafo 1º - Cabe ao usuário o pagamento da coparticipação pela utilização do plano Eletros-Saúde Ex-empregados, através da modalidade de cobrança escolhida quando do preenchimento da sua ficha de adesão.

Parágrafo 2º - O saldo da coparticipação quando não quitado a vista receberá correção mensal pelo INPC.

Parágrafo 3º - Na hipótese de inadimplência por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, o usuário será excluído do Eletros-Saúde Ex-empregados, sendo que o débito existente deverá ser quitado com a incidência de juros e multa.

Art. 32 - 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. 33 - Caberá ao Conselho Deliberati-

vo modificar a forma de custeio do programa de assistência à saúde, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais.

Art. 34 - A contribuição mensal prevista no presente instrumento corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, sendo variável em virtude da faixa etária de cada usuário, conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixa Etária	% de Variação
0 - 18	
19 - 23	20,00
24 - 28	16,67
29 - 33	28,57
34 - 38	11,11
39 - 43	30,00
44 - 48	15,38
49 - 53	16,67
54 - 58	31,43
59 +	30,00

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 06 (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.

Art. 35 - Os valores das contribuições mensais, definidos no plano de custeio, serão reajustados no mês de março 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 março, observando as regras para apuração do índice previstas neste artigo.

Parágrafo 2º - Na hipótese de aplicação do reajuste fora do mês de março, poderá haver alteração de data base do rea-

juste, obedecendo ao disposto na legislação vigente.

Art. 36 - Os valores das contribuições mensais, definidos 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 pela Eletros-Saúde, que poderá indicar a necessidade de aplicação de 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 instrumento.

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

Art. 40 - Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento das normas

emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da Eletros-Saúde para esse fim, respaldada em avaliação atuarial.

CAPÍTULO IX DAS CARÊNCIAS

Art. 41. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o usuário não terá direito às coberturas oferecidas pelo Eletros-Saúde Ex-empregados. O direito de atendimento ao usuário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após o cumprimento das carências a seguir especificadas, contadas da data de sua última inscrição no Eletros-Saúde, 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 Artigo 63 do presente Regulamento;

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

III - 180 (cento e oitenta) dias, para os demais procedimentos e coberturas previstas neste Regulamento, inclusive para internações, ou de procedimentos que vierem a ser incluídos pela ANS em revisões do Rol;

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

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

I - o titular e seus dependentes cuja opção de manutenção for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Termo de Opção disponibilizado pela CONVENIADA, formalizada no ato da demissão ou aposentadoria;

II - o dependente cuja inscrição no Eletros-Saúde Ex-empregados ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível;

III - dos enteados, tutelados ou adotivos, desde que o titular já a tenha cumprido.

Parágrafo 2º - Entende-se 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 recém-nascido, etc.

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. 42. A Eletros-Saúde cobrirá os custos, em conformidade com os prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos usuários 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, 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 à Eletros-Saúde e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUTs) e com as Diretrizes Clínicas (DC).

SEÇÃO I - DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS

Art. 43 - 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;

I.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina –CFM.

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 e observados os critérios des-

critos nas DUTs estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

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, psicólogo e fisioterapeuta, 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;

V- Consultas e sessões de psicoterapia, limitadas 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, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação clínica;

VI - 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;

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

VIII - 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;

VIII.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.

IX- 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 DUTs previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

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: 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;

XII - Hemoterapia ambulatorial;

XIII - 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. 44 - 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;

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 ou cirurgião-dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

1) 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

2) 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, respeitando-se 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(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 e 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 contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal 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;

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;

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 da Eletros-Saúde;

3 - Em caso de divergência clínica 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 pelo Eletros-Saúde.

4 - 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 medica-

mentos, 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;

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 do paciente utilizados durante o período de internação hospitalar;

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:

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;

1.2 - Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontoló-

gicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura hospitalar.

X - 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;

c) Medicamentos para tratamento anti-neoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as DUTs 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.

XI - 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;

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

XIII - 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 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 no 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, que serão cobertos de acordo com os critérios vigentes;

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 – legislação 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.

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

XV - 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, UTI Neonatal ou similares;

XVI - 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.

Art. 45 - 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;

Parágrafo Único - 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. 46 - O presente Regulamento garante, ainda:

I - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 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 - Cobertura para anestesista desde que em 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 anestesista, 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 à 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, respeitados os conceitos de medicina baseada em evidência, não sendo cobertas as que não tenham respaldo das Sociedades e Órgãos de Classe;

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. 47 - O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei nº 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames au-

xiliares 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 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, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede credenciada vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

I - Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

- a) Consulta odontológica;
- b) Consulta odontológica inicial;
- c) Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- d) Condicionamento em odontologia;
- e) Teste de fluxo salivar;
- f) Procedimento diagnóstico anatomo-patológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
- g) Teste de PH salivar (acidez salivar);
- h) Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.

II - Procedimentos de RADIOLOGIA:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal - bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- e) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).

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) Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- e) Profilaxia – polimento coronário;
- f) Aplicação de selante;
- g) Dessensibilização dentária;
- h) Remineralização dentária;
- i) Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.

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 em 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 retrógrada;
 - 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, rânula 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/frenulotomia/frenulectomia labial;
 - m) Frenotomia/frenulotomia/frenulectomia lingual;
 - n) Remoção de dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados;
 - o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
 - p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
 - 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 / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
 - w) Aprofundamento/ aumento de vestr bulo;
 - x) Bridectomia/bridotomia;
 - y) Odonto-secção;
 - z) Redução de luxa o da ATM;
 - aa) Tuneliza o;
 - bb) Remoção de odontoma;
 - cc) Exodontia de permanente por indica o ortodôntica/protética;
 - dd) Reconstru o de sulco gengivo-labial;
 - ee) Remoção de dreno extra-oral;
 - ff) Remoção de dreno intra-oral;
 - gg) Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
 - hh) Plastia de ducto salivar ou exérese de cáculo ou de r nulo salivar.
- VIII - Procedimentos de PRÓTESE DENT-TAL:
- 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;

g) Reembasamento de coroa provisória.

Parágrafo 1º - 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.

Parágrafo 2º - Além da cobertura definida na legislação vigente, a Eletros-Saúde garantirá a cobertura de ortodontia e implante, conforme previsto no Anexo IV.

SEÇÃO IV - DO REEMBOLSO

Art. 48 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário titular e seus dependentes com

assistência à saúde, em função de atendimentos de urgência e emergência prestados fora da área de atuação do produto Eletros-Saúde Ex-empregados, limitado às Tabelas de Cobertura do Eletros-Saúde Ex-empregados e de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde.

Art. 49 - Os pedidos de reembolso das despesas com as coberturas previstas nesta Seção serão processados em conformidade com o disposto nos artigos abaixo.

Art. 50 - 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-Saúde, 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 Integra e de Procedimentos e Honorários da 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 da Eletros-Saúde, que não será inferior ao valor praticado pela 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 titular, no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis a contar da data da apresentação de todos os documentos exigidos. No caso de reembolso passível de avaliação médica, segundo parecer médico, 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 da Eletros-Saúde, salvo casos excepcionais que, com justificativa, serão analisados pela Eletros-Saúde.

Art. 51 - O pedido de reembolso deverá ser feito pelos canais apropriados, divulgados pela Eletros-Saúde, observando as regras e documentos exigidos:

Parágrafo 1º - O usuário terá o prazo

máximo de 12 (doze) meses a contar da data de realização do procedimento para apresentação da requisição para processamento 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.

Art. 52 - A receita saúde 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. 53 - O usuário deve apresentar os documentos comprobatórios das despesas efetuadas e reter os originais por um prazo de 5 (cinco) anos para eventual auditoria da Eletros-Saúde.

Parágrafo 1º: A Eletros-Saúde pode requerer a apresentação dos documentos originais a qualquer tempo.

Parágrafo 2º: Nos casos em que o usuário não apresentar os originais solicitados, fica obrigado a devolver o valor creditado, referente ao reembolso em questão. Se não houver o ressarcimento da despesa, em um prazo de 30 (trinta) dias, a contar do dia da solicitação de apresentação dos originais feita pela Eletros-Saúde, o usuário ficará impedido de apresentar novos reembolsos.

Parágrafo 3º - Somente é permitida a

declaração do beneficiário no caso de nome incompleto.

Parágrafo 4º - Caso o pedido de reembolso apresente itens em desacordo com o previsto neste Regulamento, os mesmos serão excluídos do processamento, sendo processados os itens não controlados.

Art. 54 - O Recibo Saúde, Recibo Eletrônico de Prestação de Serviços de Saúde, emitido por dentistas; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; psicólogos; e terapeutas ocupacionais, deve conter:

- nome completo do usuário (pagador) e CPF;
- nome completo do usuário(beneficiário) e CPF;
- nome completo do profissional, CPF e número de registro no Conselho da categoria;
- data de atendimento e descrição do serviço, devendo necessariamente ser informada a especialidade do profissional em caso de consulta médica.

Parágrafo 1º: No caso de consulta médica realizada em profissional (pessoa física) de livre escolha, além do Recibo Saúde, para fim de reembolso, deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento feito ao prestador de serviço.

Parágrafo 2º: Caso o serviço tenha sido realizado por profissional (pessoa física) que não se enquadra nas categorias lis-

tadas no caput do art. 54, além das informações listadas, o recibo apresentado deverá ter a assinatura e carimbo do profissional executante.

Art. 55 - 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 ou produtos adquiridos ou materiais ou medicamentos utilizados e respectivos valores;
- descrição detalhada dos serviços realizados ou produtos adquiridos ou materiais ou medicamentos;
- especialidade do profissional, no caso de consulta médica;
- data de emissão ou realização ou utilização do tratamento, material ou medicamento.

Parágrafo Único: No caso de consulta médica realizada em profissional (pessoa jurídica) de livre escolha, além da Nota Fiscal, para fim de reembolso, deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento referente ao serviço.

Art. 56 - 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 1º - Não será aceita, para fim de reembolso, a realização de exames complementares por pessoa física, exceto nos casos de eletrocardiograma e endoscopia digestiva alta.

Parágrafo 2º: Será permitido que o usuário declare a data de realização do exame, desde que esta seja idêntica a data de emissão da Nota Fiscal ou Recibo.

Parágrafo 3º - As requisições de exame apresentadas em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome, CRM/CRO e CPF do profissional, ficam dispensadas da aposição de carimbo.

Art. 57 - 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 à Eletros-Saúde, conforme estabelecido no Anexo III. A inobservância desta obrigatoriedade impossibilitará o reembolso.

Parágrafo 1º - Quando o usuário se internar por outra Operadora, tendo solicita-

do 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 da Eletros-Saúde.

Parágrafo 2º - Se o valor pago, pelo usuário, pelos honorários médicos for maior do que o valor já reembolsado pela 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 da 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 titular a solicitação da referida conta hospitalar junto a outra operadora de saúde para apresentação à Eletros-Saúde.

Art. 58 - A Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde está registrada no 18º Ofício de Notas, estando também disponível na sede da Eletros-Saúde e no Portal da Operadora www.eletrossaude.com.br.

Parágrafo único - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Procedimentos e

Honorários da Eletros-Saúde podem ser obtidos na sede da Eletros-Saúde ou pelo telefone 21 3900-3132.

SEÇÃO V – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 59 - 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;

Art. 60 - 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 horas da adesão do usuário à Eletros-Saúde;

II - depois de cumpridas 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;

SEÇÃO VI - DA REMOÇÃO

Art. 61 - Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

Parágrafo 1º - 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.

Parágrafo 2º - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, no caso 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. 62 - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I- quando não possa haver remoção por risco de vida, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a

responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Eletros-Saúde, desse ônus;

II- caberá à 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, a 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, a Eletros-Saúde estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

SEÇÃO VII – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Art. 63 - 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 da Eletros-Saúde 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 da 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 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 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.

X - 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, com exceção 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, colocação ou remoção de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XII - 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;

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

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

XV - 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;

XVI - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou não regularizados 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);

XVII - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XVIII - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XIX - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

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

XXI - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXII - 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;

XXIII - Despesas com transporte aeromédico;

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

XXV - Cirurgia para mudança de sexo;

XXVI - Avaliação pedagógica;

XXVII - Orientações vocacionais;

XXVIII - Especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;

XXIX - Remoção domiciliar;

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

XXXI - Exames para renovação de carteira nacional de habilitação;

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

XXXIII - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XXXIV - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de

mudança de função e demissionais;

XXXV - Despesas de atendimentos médicos realizados no exterior;

XXXVI - Guarda de cordão umbilical.

CAPÍTULO XI DA ADMINISTRAÇÃO

SEÇÃO I – DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 64. Competirá ao Conselho Deliberativo, órgão superior de decisão e orientação da Eletros-Saúde, 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. 65 - O Conselho Deliberativo da Eletros-Saúde terá também as seguintes atribuições:

I - Aprovar alterações no Regulamento do Produto;

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

SEÇÃO II - DO ÓRGÃO EXECUTOR

Art. 66 - A administração e operacionalização da Eletros-Saúde será conduzida pela Diretoria Executiva da Eletros-Saúde.

CAPÍTULO XII

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

SEÇÃO I - DO DEDITADO

Art. 67. Ao ex-empregado demitido sem justa causa que a partir de novembro de 2021 contribuiu para o plano de saúde oferecido pela sua empregadora, em decorrência de vínculo empregatício mantido junto às CONVENIADAS da Eletros-Saúde, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a CONVENIADA, desde que assuma junto à Eletros-Saúde o pagamento integral da contribuição mensal estabelecida para este plano, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo 1º - O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano disponibilizado pela CONVENIADA, seja a Eletros-Saúde ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses).

Parágrafo 2º - O direito de manutenção na Eletros-Saúde deixará de existir quando da admissão do usuário titular em novo emprego, cabendo ao usuário titular mantido o dever de comunicar esse fato imediatamente à Eletros-Saúde para que promova sua exclusão e de seu grupo familiar do plano.

Parágrafo 3º - O usuário titular demitido sem justa causa deve optar pela manutenção na Eletros-Saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONVENIADA (Axia Energia e Cepel) sobre a opção de manutenção na Eletros-Saúde, formalizada no ato da demissão.

Parágrafo 4º - O usuário titular que foi demitido antes do registro do Eletros-Saúde Ex-empregados terá direito ao período de manutenção da condição de usuário conforme estabelecido no Parágrafo 1º deste artigo.

Parágrafo 5º - Decorrido o prazo estabelecido para permanência no plano Eletros-Saúde Ex-empregados, é facultado ao usuário titular aderir aos planos Eletros-Saúde Assistidos ou Eletros-Saúde Assistidos Essencial para manutenção do vínculo com a Operadora.

Seção II – DO APOSENTADO

Art. 68 - Ao ex-empregado aposentado que a partir de novembro de 2021 contribuiu para o plano de saúde oferecido pela sua empregadora, em decorrência de vínculo empregatício mantido junto às CONVENIADAS (Axia Energia e Cepel), é assegurado o direito de manter sua condição de usuário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a PATROCINADORA, com direito de manutenção proporcional ao tempo de contribuição (1 ano de permanência para cada ano de contribuição, desde que assuma junto à Eletros-Saúde o pagamento inte-

gral da contribuição mensal estabelecida para este plano, obedecido ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo 1º - O direito de manutenção na Eletros-Saúde continuará existindo ainda que o usuário titular seja admitido em novo emprego.

Parágrafo 2º - O usuário titular aposentado deve optar pela manutenção na Eletros-Saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONVENIADA (Axia Energia e Cepel) sobre a opção de manutenção na Eletros-Saúde, formalizada no ato do desligamento por aposentadoria.

Parágrafo 3º - Decorrido o prazo estabelecido para permanência no plano Eletros-Saúde Ex-empregados, o usuário titular poderá aderir aos planos Eletros-Saúde Assistidos ou Eletros-Saúde Assistidos Essencial para manutenção do vínculo com a Operadora.

CAPÍTULO XIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 69. 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. 70 - Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da Eletros-

-Saúde ad referendum do Conselho Deliberativo.

Art. 71 - O encerramento da operação da Eletros-Saúde se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 72 - 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 EX-EMPREGADOS**ANEXO I****TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE EX EMPREGADOS**

Tipos de Serviço/Modalidades	Fator de Cobertura da Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde
Consultas	
Livre Escolha	1,70
Rede Credenciada	0,85
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 Seriados em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Acupuntura	0,85
Escleroterapia	0,85
Fisioterapia	0,85
Quimioterapia	1,00
Nutrição	1,00
Terapia Renal Substitutiva	1,00
Radioterapia	1,00
Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional	
Livre Escolha	1,70
Rede Credenciada	0,85
Exames em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Clínicos Laboratoriais	0,85
Exames de Imagem (Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e outros)	0,85

Demais Despesas Ambulatoriais	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,85
Odontologia Rol ANS	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,85
Odontologia Extra-Rol Rol ANS	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,70
Remoção Inter-hospitalar	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00

ANEXO II: APLICAÇÃO DE PENALIDADES A USUÁRIOS

Art. 1º - O usuário está sujeito às seguintes penalidades por faltas cometidas por ele próprio ou por qualquer de seus dependentes:

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 2º - 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 dependentes ou vinculados;

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 en-

volvido, 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**LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

Serviço	Prazo Para Emissão da Autorização
Internações e Prorrogações, Cirurgias	
Internações para realização de exames/ procedimentos	05 dias úteis
Internações cirúrgicas, clínicas, obstétricas, psiquiátricas, hospital-dia	
Cirurgias com utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPME e Eventos com utilização Medicamentos Especiais	
Cirurgias com utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)	10 dias úteis
Procedimentos com utilização de medicamentos especiais (de alto custo)	
Exames e Procedimentos	
Angiografia (exceto as oculares)	03 dias
Densitometria óssea	
Endoscopias (digestiva, colonoscopia e ginecológica)	
Litotripsias	
Mamografia digital	
Mamotomia	
Ressonância nuclear magnética (inclusive Espectroscopia por RM)	
Tomografia computadorizada	
Tilt test	
Tratamentos Seriados	
Acupuntura	03 dias

Escleroterapia	03 dias
Fisioterapia	
Laserterapia ocular	
Oxigenioterapia hiperbárica	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Terapia renal substitutiva	
Remoção Inter-hospitalar Prazo para emissão de autorização: Com a urgência possível, dependendo da necessidade apresentada.	
Lista de Procedimentos que requerem perícia especializada para autorização prévia	
Cirurgias Oftalmológicas Refrativas	05 dias úteis
Cirurgias Plásticas Reparadoras	
Cirurgias e pequenos procedimentos dermatológicos	
Algumas cirurgias otorrinolaringológicas	

Esta lista poderá sofrer alterações quando o Eletros-Saúde julgar necessário para a segurança da saúde do usuário, o que será informado às partes envolvidas.

ANEXO IV: COBERTURA ODONTOLÓGICA

Para a realização de qualquer tratamento odontológico é exigida a Guia de Tratamento Odontológico - GTO, preenchida e assinada pelo profissional e beneficiário devendo ter auditoria inicial e final conforme as normas constantes no referencial de procedimentos odontológicos, independentemente do valor do tratamento.

1 - É assegurada a continuidade da cobertura de ORTODONTIA, conforme regras descritas a seguir:

- a) Os usuários têm direito a um tratamento ortodôntico e/ou ortopédico funcional dos maxilares por vida, desde que haja indicação terapêutica comprovada previamente por avaliação da auditoria e as condições bucais o permitam, não havendo liberação de qualquer tratamento ortodôntico ou ortopédico funcional mais de uma vez para um mesmo usuário;
- b) Os tratamentos ortodônticos ou ortopédicos funcionais devem ser submetidos, obrigatoriamente, às auditorias: inicial, de instalação, de avaliação, e final;

- c) A cobertura para tratamentos ortodônticos realizados na modalidade de alinhadores será semelhante à cobertura de aparelho fixo, seguindo os mesmos códigos e valores para os tratamentos realizados;
- d) É vedada a cobertura adicional de aparelhos acessórios, de contenção, mentoneiras e outros que venham a ser utilizados durante o tratamento, independente da técnica empregada;
- e) As substituições de aparelhos, bem como a necessidade da interação de técnica durante o tratamento, não são passíveis de custo excedente;
- f) A quebra ou perda de aparelhos, por responsabilidade dos usuários, não tem cobertura pelo Plano Eletros-Saúde Ex-empregados;
- g) As manutenções mensais, partes integrantes dos tratamentos, visam dar cobertura à assistência mensal prestada ao usuário, independente da quantidade de atendimentos mensais necessários;
- h) As interrupções temporárias ou definitivas do tratamento, a critério do usuário ou do profissional, devem ser submetidas à auditoria para avaliação;
- i) A não realização da auditoria implica contagem contínua do prazo de tratamento;
- j) O retorno ao tratamento, a critério do usuário ou do profissional, também deve ser submetido à avaliação da auditoria;
- k) Em todas as auditorias é obrigatória a apresentação da documentação ortodôntica completa e, após a auditoria de instalação, do laudo de evolução terapêutica do caso;
- l) Fica mantido o prazo máximo para a finalização do tratamento é de 24 (vinte e quatro) meses, com possibilidade de prorrogação por mais 12 (doze) meses, contados de forma contínua à cobertura oferecida pela CONVENIADA, desde que autorizada pela auditoria;
- m) Após a realização e aprovação da auditoria final, são cobertas até 6 (seis) consultas para acompanhamento de contenções ortodônticas funcionais, em um período de 12 (doze) meses;
- n) A cobertura da primeira consulta de contenção é iniciada no mês subsequente à data da auditoria final.
- o) Com o término do período de cobertura do plano Eletros-Saúde Ex-empregados, caso haja tratamento ortodôntico esteja em curso, o usuário deverá arcar integralmente com os valores do serviço para continuidade do seu tratamento.
- 2 - É assegurada a continuidade da cobertura de IMPLANTE DENTÁRIO, sendo necessária a autorização prévia da Eletros-Saúde, mediante análise do laudo completo dos profissionais envolvidos, isto é, laudo detalhado, plano de tratamento, prognóstico, indicação, riscos, documentação radiográfica, condições e cuidados de manutenção e importância do acompanhamento para êxito do implante.

a) O tratamento de implante dentário é realizado em 3 (três) etapas: cirúrgica (implantação de um pino de titânio na maxila e/ou mandíbula), cicatrizadora (integração do pino ao osso) e protética (colocação da prótese sobre os implantes).

b) Para a realização do implante dentário, o Beneficiário deve ter, no mínimo, 18 (dezoito) anos de idade, saúde geral e oral satisfatória (classificada pela auditoria específica), devendo, ainda, se enquadrar em pelo um dos seguintes critérios:

- Edentados total;
- Usuário edentado parcial em condição de extremo livre (ausência a partir do 1º molar);
- Ausência de elementos da bateria labial (de canino a canino) que não façam uso de ponte fixa e que estejam em condições técnicas (saúde oral) satisfatórias;
- Próteses fixas insatisfatórias, cujo comprometimento dos elementos pilares devem ser evitadas;
- Portadores de ponte fixa, com comprovada necessidade de substituição;
- Com sequelas de problemas periodontais graves, cujo uso de prótese fixa e removível comprometa os elementos remanescentes.

c) Não será autorizada a cobertura de implante em relação aos elementos 18 / 28 / 38 / 48, bem como para os pacientes que se enquadrem nas situações abaixo listadas:

- Com higiene oral deficiente;
 - Em tratamento de radioterapia;
 - Que façam uso de bisfosfonatos;
 - Portadores de distúrbios ósseos locais e sistêmicos.
- d) Todos os tratamentos de implante dentário devem ser obrigatoriamente submetidos à auditoria inicial, pós-cirúrgica e final.
- e) Com o término do período de cobertura do plano Eletros-Saúde Ex-empregados, caso haja tratamento de implante dentário em curso, o usuário deverá arcar integralmente com os valores do serviço para continuidade do seu tratamento.



www.eletrossaude.com.br

ANS - n.º 42.207-0