

Regulamento



Eletros-Saúde

CEPEL



Índice

- 04 CAPÍTULO I - DA OPERADORA
- 04 CAPÍTULO II - DO OBJETO
- 04 CAPÍTULO III - DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO
- 08 CAPÍTULO IV - DAS CARACTERÍSTICAS
- 08 CAPÍTULO V - DOS USUÁRIOS
- 10 CAPÍTULO VI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO
- 13 CAPÍTULO VII - DA ADESÃO E EXCLUSÃO
- 14 CAPÍTULO VIII - DO CUSTEIO DO PLANO
- 15 CAPÍTULO IX - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS
- 28 CAPÍTULO X - DAS CARÊNCIAS
- 28 CAPÍTULO XI - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA
- 28 CAPÍTULO XII - DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS
- 28 CAPÍTULO XIII - DA ADMINISTRAÇÃO
- 29 CAPÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS
- 30 ANEXO I: TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE CEPEL
- 32 ANEXO II: COBERTURAS ODONTOLÓGICAS
- 36 ANEXO III: COBERTURAS ADICIONAIS ELETROS-SAÚDE CEPEL
- 43 ANEXO IV: LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
- 44 ANEXO V: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
- 46 ANEXO VI: DEFINIÇÕES E CONCEITOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I - DA OPERADORA

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

Parágrafo 1º - Há, em sua composição, a figura do patrocinador.

Parágrafo 2º - 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 PATROCINADORA do programa de assistência à saúde o Centro de Pesquisas de Energia Elétrica – CEPEL, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede na Avenida Horácio Macedo, nº 354, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica no Ministério da Fazenda sob o nº 42.288.886/0001-60.

Art. 3º - O programa de assistência à saúde tratado neste instrumento é denominado Eletros-Saúde Cepel está registrado na ANS sob o nº 467.927/12-0, possuindo como características gerais:

I - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

II - Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetria e Odontológica;

III - Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Estados;

IV - Área de Atuação: Rio de Janeiro e Distrito Federal;

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

VI - Formação do Preço: Pós-estabelecido.

Art. 4º - Além das coberturas previstas nas Seções I, II e III do CAPÍTULO IX - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS, o programa de assistência à saúde assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção IV 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 Art. 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetria e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

CAPÍTULO III - DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO

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

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

II - Acomodação em Apartamento - entende-

se como acomodação em padrão apartamento, a internação em unidade hospitalar com banheiro privativo, destinada a um paciente individualmente;

III - 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;

IV - Assistência Domiciliar - é a prestação de serviço médico/hospitalar ao usuário, em regime domiciliar, eventual e decorrente de análise médica;

V - 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;

VI - Atendimento de Urgência - é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

VII - 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;

VIII - Autorização Prévia - é a autorização concedida pelo Eletros-Saúde anteriormente à execução do serviço. O usuário, no caso de realização do procedimento em livre escolha, deverá solicitar ao Eletros-Saúde a autorização prévia para que possa realizar determinados exames e tratamentos, sendo obrigatória para as internações, órteses, próteses, materiais especiais e remoções. No caso de realização do procedimento em prestador credenciado, a responsabilidade por solicitar a autorização junto ao Eletros-Saúde é do credenciado;

IX - Carência - é o período de tempo, contado a partir da data de início de vigência da inscrição no Eletros-Saúde Cepel, conforme Artigo 69, Capítulo X, deste Regulamento, durante o qual o usuário titular e seus dependentes deverão permanecer ininterruptamente no plano, sem direito à cobertura odontológica;

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

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

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

XIII - 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;

XIV - Convênio de Reciprocidade - é o convênio firmado pela ELETROS com outras empresas de autogestão, visando assegurar a assistência à saúde para os seus usuários em trânsito, que tiverem necessidade de atendimento de urgência e emergência;

XV - Coparticipação - entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo titular, referente à utilização dos serviços assistenciais cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais;

XVI - 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 PIS/PASEP
	- Cópia do comprovante de residência
	- Cópia do comprovante de domicílio bancário (cheque ou cartão de débito)
Cônjuge/Companheiro(a)	- Cópia da Carteira de Identidade
	- Cópia do CPF
	- Cópia da Certidão de Casamento Civil, se cônjuge
	- Cópia da Certidão de União Estável, se companheiro(a)
Filhos(as)	- Cópia da Certidão de Nascimento ou da Carteira de Identidade
	- Cópia do CPF no caso de filho maior de 18 anos
Outros dependentes legais sob guarda, tutela e/ou curatela	- Cópia do comprovante de escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 25 anos (final do ano em que completar 25 anos)
	- 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
	- Cópia da Declaração Anual do Imposto de Renda
Genitor(a)	- Cópia da Carteira de Identidade
	- Cópia do CPF
	- Cópia da Declaração Anual do Imposto de Renda com a comprovação da dependência econômica do genitor

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

XVIII - Doenças ou Lesões Preexistentes - são aquelas que o usuário (ou seu representante legal) saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano;

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

XX - Honorários - é a forma de remuneração do conjunto de atos médicos, odontológicos e

de terapias complementares em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, de um ou mais especialistas, realizada na assistência à saúde do usuário;

XXI - 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);

XXII - Hospital-dia (ou Day Clinic) - internação de curta permanência, em período de até 12 horas, que ao término desta o paciente retorna para casa;

XXIII - Hospitalização - é a internação em hospital para tratamento clínico ou cirúrgico;

XXIV - 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;

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

XXVI - Materiais Especiais - são os materiais de alto custo incluídos aqui os de síntese (materiais de recomposição de estruturas orgânicas);

XXVII - Medicamentos Especiais - são os medi-

camentos de alto custo ou de uso em período continuado;

XXVIII - Órteses - são os materiais ou aparelhos destinados a auxiliar ou complementar função;

XXIX - Parecer Médico ou Segunda Opinião - é a avaliação das condições de saúde do usuário, para fins de comprovação de doença e análise de tratamento proposto, realizada por auditor credenciado ou profissional designado pelo Eletros-Saúde;

XXX - Procedimento Eletivo - são aqueles procedimentos previamente diagnosticados e, em decorrência, programados para intervenção médica e/ou cirúrgica em tempo futuro;

XXXI - Próteses - materiais ou aparelhos destinados a substituir função;

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

XXXIII - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - é a listagem de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer;

XXXIV - Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Cepel - 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;

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

XXXVI - Tratamentos Seriadados - são considerados Tratamentos Seriadados: Acupuntura, Escleroterapia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Quimioterapia, Radioterapia, Psicologia e Terapia Renal Substitutiva.

CAPÍTULO IV - DAS CARACTERÍSTICAS

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

I - Ser destituído de fins lucrativos;

II - Ser custeado pela PATROCINADORA para os usuários definidos no Art. 10, podendo haver participação em valor e em percentual dos usuários nas despesas, de acordo com a Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Cepel;

III - Ser um plano de autogestão, por cota familiar, em que seus usuários, no ato da adesão, expressem pleno conhecimento e concordância com os termos deste Regulamento;

IV - Ser operado pelo Eletros-Saúde por meio de rede credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante convênio de reciprocidade com entidade de autogestão para os usuários em trânsito;

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

Parágrafo Único - O programa de reembolso de assistência à saúde: internações clínicas; internações cirúrgicas; honorários médicos; exames diagnósticos; despesas hospitalares; tratamentos; coberturas de materiais especiais; órteses e próteses; cobertura de medicamentos e despesas odontológicas descritas neste Regulamento; obedecem aos critérios estabelecidos para a concessão das coberturas previstas neste Regulamento.

Art. 8º - A assistência à saúde médico-hospitalar

e odontológica será prestada no Estado do Rio de Janeiro e no Distrito Federal, sendo a área de abrangência geográfica do Eletros-Saúde qualificada como Grupo de Estados.

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

Parágrafo 2º - Para utilizar o convênio de reciprocidade, o usuário titular deve encaminhar e-mail ou fax para o Eletros-Saúde, com uma antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, informando nome completo e sem abreviaturas do(s) usuário(s) que solicita(m) autorização e de sua(s) respectiva(s) genitora(s), nº da Carteira de Identidade, CPF, endereço e o período da viagem para emissão da autorização.

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

CAPÍTULO V - DOS USUÁRIOS

Art. 10 - Podem aderir ao Eletros-Saúde Cepel:

I - Na qualidade de usuário titular:

- os empregados, os diretores e os administradores da Cepel;
- os empregados requisitados e cedidos que fazem a opção formal pela inscrição no programa de assistência à saúde Eletros-Saúde Cepel.

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 e entre

- 21 (vinte e um) anos e 25 (vinte e cinco) anos de idade incompletos, se universitário, ou estudante de ensino técnico de nível médio;
- 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 genitor, desde que dependente econômico do titular, comprovada dependência através da Declaração Anual de Imposto de Renda, desde que a renda mensal do casal não ultrapasse os 5 salários mínimos, caso exista matrimônio ou união estável, ou se individual, renda mensal de 3 salários mínimos;
 - outros dependentes legais sob guarda, tutela e/ou curatela, respeitados os vínculos exigidos na legislação de saúde suplementar para que a ELETROS seja considerada autogestão.

Parágrafo Único - A inscrição dos usuários dependentes fica condicionada à participação do titular.

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 1º - 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 Cepel, zelando por sua correta aplicação;

II - Efetuar o pagamento das coparticipações, de acordo com os critérios estabelecidos no Art. 20;

III - Efetuar as inscrições e cancelamentos de inscrições de seus dependentes, responsabilizando-se por informar ao Cepel 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 ao Cepel o CPF dos seus dependentes maiores de 18 anos assim que e 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 - Devolver ao Cepel as carteiras de identificação, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus dependentes, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes e assumindo a responsabilidade pelo pagamento integral dos débitos ocorridos após a data de desligamento;

VI - Prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a auditoria ou exames, assim como seus dependentes, quando solicitados pelo Eletros-Saúde;

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

VIII - 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 Cepel estão sujeitos às penalidades aplicáveis pela PATROCINADORA por faltas cometidas.

Parágrafo Único - As infrações cometidas pelo usuário serão comunicadas pelo Eletros-Saúde à PATROCINADORA que aplicará as penalidades previstas em normativos internos e informará ao Eletros-Saúde as medidas a serem adotadas.

CAPÍTULO VI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 15 - Após a inscrição do usuário no Eletros-Saúde Cepel, será entregue uma carteira de identificação, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.

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

Parágrafo 2º - Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação, o usuário deverá comunicar imediatamente o fato ao Eletros-Saúde, para bloqueio de sua utilização, sob pena do titular responder pelas despesas indevidamente realizadas.

Parágrafo 3º - No caso de emissão de segunda via da carteira de identificação decorrente de perda, roubo sem a apresentação do boletim de

ocorrência ou dano será cobrada uma taxa de emissão de segunda via.

Parágrafo 4º - O usuário que admitir a utilização de sua carteira de identificação por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

Parágrafo 5º - Ocorrendo a exclusão de usuário, por qualquer motivo, o titular a que esteja vinculado obriga-se a devolver, imediatamente, as carteiras de identificação fornecidas pelo Eletros-Saúde, sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do Eletros-Saúde Cepel, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.

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 superior 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 de acordo com condição clínica do paciente.

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 Eletros-Saúde para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Parágrafo 1º - Ao utilizar a rede de serviço credenciada do Eletros-Saúde, o usuário não fará qualquer desembolso no ato do atendimento, 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 do Eletros-Saúde Cepel para garantia de atendimento na rede credenciada.

Art. 18 - A rede credenciada será disponibilizada ao usuário no Portal do Eletros-Saúde www.eletros.com.br/eletrossaude e na página da PATROCINADORA, estando também disponível para consulta na sede da ELETROS ou pelo telefone (21) 2138-6000.

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

I - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao usuário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor;

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

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

Art.19 - Quando do reajuste da tabela praticada entre o Eletros-Saúde e seus prestadores de serviços assistenciais à saúde, na periodicidade prevista nos instrumentos pactuados com esses prestadores, haverá comunicação à PATROCINADORA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da finalização das negociações.

SEÇÃO IV - COPARTICIPAÇÃO

Art. 20 - Será cobrada coparticipação na utilização pelos usuários dos procedimentos abaixo relacionados:

I - Consultas: 15%;

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

III - Exames até R\$ 250,00: 15%;

IV - Exames acima de R\$ 250,00 até R\$ 500,00: 10%;

V - Exames acima de R\$ 500,00: 5%;

VI - Demais despesas ambulatoriais: 15%;

VII - Odontologia Rol: 15%;

VIII - Odontologia Extra Rol: 20%;

IX - Medicamentos: 25%;

X - Aparelhos Ortopédicos: 15%;

XI - Armações e lentes: 15%;

XII - Próteses Corretoras da Audição: 15%;

XIII - Internação R\$ 100,00 por evento;

XIV - Internação Psiquiátrica superior a 30 dias, nos termos estabelecidos no presente Regulamento: 10%;

XV - Remoção: 10%;

XVI - Vacina: 10%.

Parágrafo 2º - Haverá coparticipação em exames realizados em atendimento de urgência e emergência, na forma prevista neste Regulamento.

Parágrafo 3º - O usuário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do Eletros-Saúde Cepel, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

Parágrafo 4º - A Operadora informará à PATROCINADORA o valor total da coparticipação de cada usuário, após a realização dos procedimentos, nos termos definidos no presente Regulamento. A PATROCINADORA fará o pagamento total da coparticipação à Operadora e ficará responsável por cobrar o valor da coparticipação do seu empregado de acordo com os critérios estabelecidos pela PATROCINADORA.

Art. 21 - A coparticipação em valor prevista neste Regulamento para internação será reajustada anualmente, na data de aniversário deste instrumento, de acordo com a variação positiva do FIPE-SAÚDE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 2 (dois) meses, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

SEÇÃO V - AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 22 - Cabe ao prestador credenciado solicitar ao Eletros-Saúde a autorização prévia para Internações, Exames, Tratamentos e Procedimentos, de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo IV deste Regulamento, que trata de autorização prévia.

Parágrafo 1º - No caso de optar por realizar o serviço ou procedimento em regime de livre escolha, cabe ao usuário solicitar a autorização prévia diretamente ao Eletros-Saúde, que será concedida de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo IV deste Regulamento.

Parágrafo 2º - Para os procedimentos que necessitem de segunda opinião médica ou laudo complementar, de acordo com a avaliação da área médica, o Eletros-Saúde fará o encaminhamento devido.

Parágrafo 3º - Para solicitação de autorização prévia no pedido médico ou odontológico deverá constar o nome do procedimento, a indicação clínica, data, assinatura e carimbo, nº do Conselho do Profissional requisitante. O prazo de validade do pedido médico ou odontológico é de 30 dias a contar da data de sua emissão.

Parágrafo 4º - Nos casos de comprovada emergência o usuário titular deverá solicitar a Autorização no primeiro dia útil imediatamente após a ocorrência do atendimento.

Parágrafo 5º - Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia será garantida ao usuário a avaliação da solicitação do evento, pelo Eletros-Saúde, no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado a partir da data de recebimento da solicitação ou em caso inferior, quando caracterizada a urgência, para aplicação das regras de regulação.

Parágrafo 6º - Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo usuário, por médico ou cirurgião-dentista do Eletros-Saúde e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do Eletros-Saúde. Caso o profissional eleito pelo usuário não seja credenciado do Eletros-Saúde, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do usuário.

Parágrafo 7º - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada do Eletros-Saúde.

Parágrafo 8º - A lista de serviços e prazos elencados no Anexo IV deste Regulamento poderá sofrer alterações quando o Eletros-Saúde julgar necessário para a saúde do usuário, que será amplamente divulgada às partes envolvidas.

Parágrafo 9º - Não é necessária a solicitação de autorização prévia para a realização de exames, procedimentos e tratamentos seriados em usuários internados.

Parágrafo 10º - O uso do citostático oral será coberto mediante prescrição médica, submetida previamente à área médica do Eletros-Saúde com prazo médio de sete dias úteis para análise e aquisição da medicação em questão. No caso da medicação não estar disponível no mercado farmacêutico na época da pesquisa, o prazo será contado a partir da disponibilidade do medicamento para aquisição;

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

Parágrafo 12º - A solicitação de autorização prévia para a realização de determinados exames, tratamentos ou internação gera uma senha de autorização. As senhas liberadas têm validade de 60 dias para exames e 30 dias para internação.

CAPÍTULO VII - DA ADESÃO E EXCLUSÃO

SEÇÃO I - DA ADESÃO DO USUÁRIO OU DEPENDENTE

Art. 23 - A adesão ao Eletros-Saúde Cepel deverá ser efetuada junto ao Cepel, mediante preenchimento e entrega da documentação comprobatória solicitada e da ficha de adesão completa, a qual inclui a aceitação integral dos termos deste Regulamento, autorizando o desconto, em folha de pagamento, da coparticipação devida e pela respectiva inclusão na Relação de Usu-

ários disponibilizada pela PATROCINADORA ao Eletros-Saúde.

Art. 24 - Poderá aderir ao Eletros-Saúde Cepel todo aquele que preencha as condições definidas no Art. 10 deste Regulamento.

Art. 25 - 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 Cepel 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 e de seu cônjuge, e no caso do enteado, certidão original expedida pelo juízo competente comprovando direito de guarda concedido ao cônjuge ou companheiro.

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

Art. 26 - Caberá à PATROCINADORA informar a suspensão ou exclusão dos usuários, através de comunicação formal ao Eletros-Saúde.

Art. 27 - Será cancelada a inscrição do usuário titular que:

I - Falecer.

Parágrafo 1º - No caso de falecimento do usuário titular, o(s) dependente(s) poderá(ão) permanecer no Eletros-Saúde Cepel por 180 dias a contar

da data de óbito do titular. Após esse período, cessa a possibilidade de manutenção no Eletros-Saúde Cepel.

Parágrafo 2º - No caso de falecimento do usuário titular, cessada a possibilidade de manutenção no Eletros-Saúde Cepel, o dependente poderá manter-se como usuário do programa de assistência à saúde, desde que este seja participante previdenciário da ELETROS, mediante a inscrição em plano específico destinado à sua categoria, sendo necessária manifestação formal em até 30 (trinta) dias a contar do óbito do titular.

II - For punido por falta grave, em virtude de fraude comprovada, nos termos elencados no Art. 14 que trata da aplicação de penalidades a usuários.

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

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

Art. 28 - A solicitação de cancelamento da inscrição de um usuário dependente do Eletros-Saúde Cepel será feita mediante preenchimento de formulário próprio, devendo neste ato serem entregues as carteiras de identificação, nos moldes dispostos no Art. 12, Incisos III e V, deste Regulamento.

SEÇÃO III - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO

Art. 29 - Caberá à PATROCINADORA informar a suspensão ou exclusão dos usuários, por meio do preenchimento do arquivo de atualização cadastral a ser encaminhado para o Eletros-Saúde, por motivo de:

I - Fraude;

II - Perda do vínculo do titular com a PATROCINADORA, ou de dependência, previstos neste Regulamento.

Parágrafo Único - O usuário está sujeito à penalidade de suspensão de sua inscrição e de seus dependentes, no caso de infidelidade na prestação de informações no que concerne à solicitação de reembolso parcial de despesas com assistência à saúde.

Art. 30 - Na hipótese de falecimento do titular os dependentes já inscritos poderão permanecer no Eletros-Saúde Cepel por um período de até 180 (cento e oitenta) dias contados do óbito, assumindo as obrigações decorrentes de coparticipação.

CAPÍTULO VIII - DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 31 - O programa de assistência à saúde será custeado em regime de preço "pós-estabelecido", na modalidade custo operacional, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, nº 2) e alterações posteriores.

Art. 32 - A PATROCINADORA arcará com o valor da contraprestação pecuniária, estabelecido após a realização das despesas com as coberturas contratadas, mediante o repasse à ELETROS do valor total mensal das despesas assistenciais oriundas dos serviços prestados aos usuários, acrescido dos demais valores descritos neste instrumento.

Art. 33 - Os honorários médicos e os honorários odontológicos, quando pagos diretamente ao profissional, serão acrescidos da contribuição ao INSS, conforme dispõe a Lei Complementar nº 84/96.

Parágrafo Único - No caso dos tributos e encargos a serem recolhidos dos prestadores em virtude das utilizações do plano pelos usuários, esses serão repassados à PATROCINADORA juntamente com as despesas assistenciais.

Art. 34 - A PATROCINADORA reconhece como valores devidos à ELETROS:

a) As despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários, independente se cobrados após a sua exclusão, desde que referente a atendimentos ocorridos antes desse fato;

b) Quaisquer reembolsos efetuados a seus usuários, nos termos previstos neste instrumento e no Art. 12, Inciso VI da Lei nº 9.656/98, ainda que venham a ser exigidos após a exclusão do usuário ou rescisão do Convênio;

c) As coberturas deferidas em processos judiciais, acrescido dos valores totais despendidos nesses processos;

d) Os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento, mas que a PATROCINADORA tenha autorizado a cobertura pelo Eletros-Saúde;

e) Quaisquer despesas decorrentes do atendimento prestado aos seus usuários no Sistema Único de Saúde – SUS e que venha a ser cobrado da ELETROS, ainda que venham a ser cobrados após a rescisão do Convênio;

f) Valores decorrentes do atendimento prestado a seus usuários e que só vierem a ser cobrados após a rescisão do Convênio;

g) Valores decorrentes de internações, quando o usuário não tiver condição de alta na data da rescisão do Convênio;

h) Os valores decorrentes da Taxa de Saúde Suplementar por plano de saúde – TPS;

i) Os tributos e encargos sociais incidentes sobre a prestação dos serviços, nos termos desta cláusula.

Art. 35 - O cálculo dos honorários médicos, dos honorários odontológicos e demais procedimentos ambulatoriais e hospitalares terá por base os valores constantes da Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde, vigente na ocasião de realização do evento.

SEÇÃO I - DO PAGAMENTO DO USUÁRIO

Art. 36 - A participação dos usuários no custeio do plano obedecerá a Súmula nº 9/2005, que veda o repasse integral e individualizado dos custos dos serviços prestados aos usuários pela PATROCINADORA.

Art. 37 - Será responsabilidade do Eletros-Saúde informar à PATROCINADORA os valores individualizados de cada utilização, por usuário, de forma a propiciar que essa exija dos usuários os valores previstos neste instrumento a título de coparticipação.

Art. 38 - Deverá a PATROCINADORA informar à ELETROS a forma como se dará a participação do usuários no custeio do Eletros-Saúde Cepel.

Art. 39 - A PATROCINADORA é responsável pelo pagamento diretamente à ELETROS, o que não exime o usuário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a PATROCINADORA.

Art. 40 - A PATROCINADORA e o usuário têm acordados a forma de desconto da coparticipação.

CAPÍTULO IX - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art. 41 - O 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, atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada do Eletros-Saúde, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Eletros-Saúde e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUTs) e com as Diretrizes Clínicas (DC).

SEÇÃO I - DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS

Art. 42 - A cobertura ambulatorial compreende:

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

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

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

IV - Consultas e sessões com nutricionista e terapeuta ocupacional de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, bem como de acordo com as DUTs vigentes;

V - Consultas e sessões com fonoaudiólogo e psicólogo de acordo com as coberturas previstas no Art. 51 e no Anexo III que trata das Coberturas Adicionais. No caso de exceder tais coberturas, o usuário passará a ter direito ao nº de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, bem como de acordo com as respectivas DUTs;

V.1) Tratamentos em psicoterapia 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 nº 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 - Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

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

XI - Hemoterapia ambulatorial;

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

SEÇÃO II - DAS COBERTURAS HOSPITALARES

Art. 43 - A cobertura hospitalar com obstetria compreende:

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

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

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

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

V - Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;

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

VII - Alimentação fornecida 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;

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

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

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

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

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

X - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames comple-

mentares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação do paciente utilizados durante o período de internação hospitalar;

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

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

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

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

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial de acordo com os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para a patologia;
- c) 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;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;

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

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

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

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

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

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

XIV - Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS 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 imediato e tardio, exceto medicamentos de ma-

nutrição, 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;

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

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

XVII - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

Art. 44 - 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 10% (dez 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. 45 - O presente Regulamento garante, ainda:

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

II - Cobertura para anestesiológico, 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 anestesiológico, caso haja indicação clínica;

III - Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento respei-

tados os conceitos de medicina baseada em evidência, não sendo cobertas as que não tenham respaldo das Sociedades e Órgãos de Classe;

IV - 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. 46 - O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no Art. 12, Inciso IV, da Lei nº 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e suas respectivas DUTs, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços, conforme relação de procedimentos a seguir:

I) Diagnóstico:

- a) Consulta Odontológica inicial;
- b) Condicionamento em odontologia;
- c) Teste de fluxo salivar;
- d) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial).

II) Radiologia:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal - bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

III) Prevenção em Saúde Bucal:

- a) Atividade Educativa em Saúde Bucal;
- b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c) Aplicação Tópica de Flúor;
- d) Profilaxia - polimento coronário;
- e) Aplicação de selante;
- f) Dessensibilização dentária;
- g) Remineralização dentária.

IV) 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) 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.

VI) Endodontia:

- a) Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final;
- b) Pulpotomia;
- c) Remoção de corpo estranho intracanal;
- d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
- f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;

- g) Tratamento endodôntico em dente com rizo-gênese incompleta;
- h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i) Remoção de núcleo intra-canal;
- j) Remoção de peça/trabalho protético.

VII) Cirurgia:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicetomia com ou sem obtenção 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, rândula ou cálculo salivar;
- g) Exodontia a retalho;
- h) Exodontia de raiz residual;
- i) Exodontia simples de permanente;
- j) Exodontia simples de decíduo;
- k) Redução de fratura alvéolo dentária;
- l) Frenotomia/Frenectomia labial;
- m) Frenotomia/Frenectomia lingual;
- n) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o) Tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila;
- q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s) Ulectomia/ulotomia;
- t) Amputação radicular com ou sem obtenção retrógrada;
- u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila;
- v) Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w) Aprofundamento/aumento de vestibulo;
- x) Bridectomia/bridotomia;
- y) Odonto-secção;
- z) Redução de luxação da ATM.

VIII) Prótese Dental:

- a) Coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de RMF;
- b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui peça protética;
- d) Reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui peça protética;
- e) Reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado - inclui a peça protética;
- f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética.

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

SEÇÃO IV - DAS COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 48 - Será garantido o reembolso para as coberturas relacionadas a seguir:

I - Medicamentos: despesas realizadas com a compra de medicamentos (que tenham registro na ANVISA para comercialização), com receita médica original e acompanhadas de nota fiscal, desde que sejam objeto de cobertura, inclusive quando adquiridos em farmácia conveniada, observado o Anexo V que trata do Rol de medicamentos não cobertos pelo Eletros-Saúde Cepel. Não serão cobertas prescrições codificadas, não legíveis, manipuladas ou em quantidade superior ao prescrito;

II - Aparelhos corretivos: despesas realizadas com a compra de aparelhos necessários a suprir deficiências (óculos, lentes de contato, prótese auditiva, aluguel de muletas, aluguel de cadeira de rodas, CPAP), limitadas às Tabelas de Cobertura do Eletros-Saúde Cepel e de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde, desde

que indicados pelo médico e após avaliação e autorização da auditoria médica do plano;

III - Materiais descartáveis de injeção de insulina e aparelho de glicemia capilar limitado a um por vida, e fitas reagentes: somente quando utilizados por diabéticos insulino-dependentes, respaldados por laudo médico a ser encaminhado para avaliação da auditoria médica do Eletros-Saúde. O laudo terá validade por 6 meses e deverá ser revalidado para novo período de cobertura.

Art. 49 - Os medicamentos adquiridos em farmácia conveniada deverão observar os mesmos critérios estabelecidos quando comprados em farmácia de livre escolha, conforme Art. 48, Inciso I.

Art. 50 - Os pedidos de reembolso das despesas com as coberturas previstas nesta Seção serão processados em conformidade com o disposto na Seção V, Capítulo IX, que trata das Coberturas Assistenciais.

Art. 51 - Haverá cobertura adicional para os procedimentos relacionados a seguir, observadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento para a cobertura dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

I - Escleroterapia de varizes: desde que solicitadas pelo médico assistente, sendo o limite máximo para cobertura por beneficiário de 96 (noventa e seis) sessões por vida, limitadas a 8 (oito) sessões mensais e 24 (vinte e quatro) sessões anuais em período de até 4 (quatro) anos. A solicitação de cobertura referente a cada tratamento deve ser acompanhada de laudo do profissional assistente;

II - Consultas/sessões em fonoaudiologia, sendo o limite máximo para cobertura por beneficiário de 384 (trezentos e oitenta e quatro) sessões por vida, limitadas a 8 (oito) sessões mensais e 96 (noventa e seis) sessões anuais. A solicitação de cobertura referente a cada tratamento deve ser acompanhada de laudo do profissional assistente;

III - Consultas/sessões em psicoterapia, sendo o limite máximo para cobertura por beneficiário de 384 (trezentos e oitenta e quatro) sessões por vida, limitadas a 8 (oito) sessões mensais e 96 (noventa e seis) sessões anuais. A solicitação de cobertura referente a cada tratamento deve ser acompanhada de laudo médico;

III - Tratamentos Ortodôntico e Ortopédico Funcional dos Maxilares, conforme regras previstas no Anexo II;

IV - Implante dentário, próteses e cirurgia buco-maxilo-facial, conforme regras previstas no Anexo II;

V - Remoção área e terrestre, mediante apresentação de nota fiscal de serviço discriminada, desde que haja recomendação médica, autorização do Eletros-Saúde ou de entidade por ela designada e que o veículo utilizado seja adequado à remoção do usuário;

VI - Assistência Domiciliar, conforme regras estabelecidas no Anexo III.

SEÇÃO V - DO REEMBOLSO

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

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

II - Pareceres de especialistas compatíveis com

o quadro clínico ou complicações apresentadas serão cobertos desde que autorizados previamente pela auditoria médica do Eletros-Saúde.

Art. 53 - Serão observados os critérios definidos nas Tabelas de Cobertura Eletros-Saúde Cepel e de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde, tendo como base a data do evento, e o disposto no Capítulo VI, Seção V e anexo.

Parágrafo 1º - O pagamento do reembolso será limitado ao valor previsto na Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde, que não será inferior ao valor praticado pelo Eletros-Saúde junto à sua rede de prestadores, devendo ser descontados os valores devidos pelo usuário a título de coparticipação.

Parágrafo 2º - Os reembolsos serão efetuados através de crédito em conta-corrente do usuário titular no prazo máximo de 7 (dias) dias úteis a contar da data da apresentação de todos os documentos exigidos. No caso de reembolso passível de avaliação médica ou odontológica, segundo parecer médico ou odontológico, averiguação complementar ou apresentação de relatório do médico, o prazo para efetuar o reembolso será contado a partir do cumprimento das exigências solicitadas.

Parágrafo 3º - Não serão reembolsadas como sistema de livre escolha as despesas efetuadas junto a rede de serviço credenciada do Eletros-Saúde, salvo casos excepcionais que, com justificativa, serão analisados pelo Eletros-Saúde.

Art. 54 - O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio do Eletros-Saúde, devendo as despesas com assistência farmacêutica, médicas e odontológicas serem apresentadas em formulário específico, separadamente.

Parágrafo 1º - O usuário terá o prazo máximo de 12 (doze) meses após a realização do procedimento para apresentação da requisição para 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. 55 - O recibo ou nota fiscal que apresentar mais de uma consulta ou sessão ou manutenção ortodôntica, deve ter discriminadas as datas dos atendimentos, bem como sua data de emissão.

Art. 56 - A receita médica tem validade de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão. Terá validade de 180 (cento e oitenta) dias a receita médica destinada, exclusivamente, aos casos de hipertensão arterial e diabetes, com a necessidade de utilização de medicamentos de uso contínuo, atestada pelo médico assistente na própria receita. Nos casos não definidos nos critérios acima, a receita deverá ter compatibilidade com a quantidade e data de aquisição.

Art. 57 - O receituário para compra de medicamento deve conter as seguintes informações de forma legível:

- nome completo do usuário;
- nome do profissional;
- prescrição e quantidade do medicamento a ser adquirido;
- data;
- assinatura do profissional e carimbo;
- nº de registro no Conselho da categoria;
- prescrição do medicamento com a respectiva posologia, tempo de utilização e/ou nº de apresentações comerciais (caixas, frascos, tubos).

Parágrafo 1º - As despesas com aquisição de medicamentos apresentadas para reembolso em desacordo com os critérios estabelecidos neste Regulamento não serão reembolsadas.

Parágrafo 2º - A comprovação das despesas com aquisição de medicamentos somente será aceita com a apresentação do cupom fiscal original, não sendo aceita a apresentação de recibo para fim de aquisição de medicamentos.

Art. 58 - A cobertura de medicamentos deve ser feita mediante a apresentação de prescrição descritiva e não codificada, acompanhada da nota fiscal ou cupom fiscal contendo denominação, quantidade e preço de cada medicamento.

Parágrafo 1º - A nota fiscal ou cupom fiscal deverá ser compatível com a quantidade de medicamentos prescritos.

Parágrafo 2º - A compra não pode ser superior a utilização de 180 dias quando medicação de uso contínuo, e deverá observar os critérios estabelecidos no artigo 56.

Parágrafo 3º - A quantidade prescrita pelo médico assistente é preponderante sobre a forma de utilização.

Art. 59 - O usuário deve apresentar os documentos comprobatórios das despesas efetuadas em sua forma original, sem emendas ou rasuras e acompanhados de cópia reprográfica, exceto nos casos de receituário de psicotrópico ou antimicrobiano (antibiótico) retido.

Parágrafo 1º - Somente é permitida a declaração do beneficiário no caso de nome incompleto.

Parágrafo 2º - 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 controvertidos.

Art. 60 - O recibo emitido por profissional (pessoa física) deve conter:

- nome completo do usuário atendido;
- nome legível do profissional, assinatura e carimbo;
- CPF e nº de registro no Conselho da categoria;
- descrição detalhada e quantidade de serviços prestados;
- valores unitários e valor total do documento por extenso;
- data da emissão do recibo;
- especialidade do profissional, no caso de consulta médica ou odontológica.

Art. 61 - 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;
- especialidade do profissional, no caso de consulta médica ou odontológica;
- data de emissão.

Art. 62 - A requisição de exame complementar deve conter:

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

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

Art. 63 - No caso de imobilizações gessadas, a comprovação das despesas deve ser feita mediante apresentação de nota fiscal discriminando os serviços e os materiais utilizados, acompanhada de indicação de médico especialista.

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

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

Art. 64 - Para a solicitação de reembolso de honorários médicos em internação hospitalar

eletiva coberta por outra Operadora de Saúde, é obrigatório que o usuário solicite autorização prévia ao Eletros-Saúde. A inobservância desta obrigatoriedade impossibilitará o reembolso.

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

Parágrafo 2º - Se o valor pago, pelo usuário, pelos honorários médicos for maior do que o valor já reembolsado pelo Eletros-Saúde, o usuário poderá solicitar complementação de reembolso destes honorários mediante a apresentação da conta hospitalar auditada e paga pela Operadora que custeou a internação hospitalar e da comprovação do reembolso já concedido pela outra Operadora, se houver.

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

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

Parágrafo 5º - A Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde está registrada no 18º Ofício de Notas, estando também disponível na sede da ELETROS, na intranet da PATROCINADORA e no Portal do Eletros-Saúde www.eletros.com.br/eletrossaude. Sempre que houver alteração em referida tabela, será novamente registrada.

SEÇÃO VI - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 65 - Considera-se:

I - Atendimento de urgência o evento resultan-

te de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

II - Atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

III - Atendimento de urgência/emergência odontológico:

a) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;

b) Tratamento de odontalgia aguda;

c) Imobilização dentária temporária;

d) Recimentação de peça/trabalho protético;

e) Tratamento de alveolite;

f) Colagem de fragmentos dentários;

g) Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;

h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 66 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I - Para os atendimentos de urgência/emergência odontológico, independentemente do cumprimento do prazo de carência de 90 dias estabelecido neste Regulamento.

Parágrafo Único - Todos demais atendimentos estão isentos de cumprimento de carência conforme previsto neste Regulamento.

SEÇÃO VII - DA REMOÇÃO

Art. 67 - Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hos-

pital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do Eletros-Saúde e conforme regras previstas nesta Seção.

Parágrafo 1º - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do Eletros-Saúde, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

Parágrafo 2º - Nos casos de urgência e emergência que necessitem de remoção fora da área de abrangência, a remoção deverá ser autorizada previamente pela PATROCINADORA, de acordo com critérios técnicos de elegibilidade, sendo o veículo compatível com o quadro clínico do usuário.

SEÇÃO VIII - EXCLUSÃO DE COBERTURA

Art. 68 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Eletros-Saúde Cepel os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

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

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

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

IV - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim defini-

dos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

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

VI - 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;

VII - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VIII - 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;

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

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

XI - Fornecimento de medicamentos e/ou materiais para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvada a cobertura adicional expressamente prevista no presente Regulamento;

XII - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC e aquele que não possui as indicações descritas na bula ou no manual

registrado na ANVISA (uso off-label);

XIII - Fornecimento, colocação ou remoção de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, ressalvados os procedimentos previstos na Cobertura Adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;

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

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

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

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

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

XIX - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

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

XXI - Serviço de aplicação de vacinas preventi-

vas e hipossensibilizantes;

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

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

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

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

XXVI - Cirurgia para mudança de sexo;

XXVII - Avaliação pedagógica;

XXVIII - Orientações vocacionais;

XXIX - Especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;

XXX - Remoção domiciliar;

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

XXXII - Exames para renovação de carteira nacional de habilitação;

XXXIII - Implantes e transplantes ósseos;

XXXIV - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XXXV - Serviços com materiais importados ou metais nobres;

XXXVI - Clareamento dentário extrínseco;

XXXVII - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXXVIII - Guarda de cordão umbilical;

XXXIX - Despesas de atendimentos médicos realizados no exterior.

CAPÍTULO X - DAS CARÊNCIAS

Art. 69 - Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o usuário não terá direito às coberturas oferecidas pelo Eletros-Saúde Cepel. O direito de atendimento ao usuário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após o cumprimento da carência de 90 (noventa) dias, para os procedimentos odontológicos previstos no presente Regulamento, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente Inciso V, Art. 12 da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo 1º - O período de carência para cada usuário será contado a partir de seu ingresso na PATROCINADORA.

Parágrafo 2º - Não será exigido o cumprimento do período de carência para os procedimentos odontológicos definidos como de urgência e emergência.

Parágrafo 3º - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

I - O titular e seus dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da vinculação do titular à PATROCINADORA;

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

Parágrafo 4º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no Inciso II, exemplifi-

cativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, etc.

CAPÍTULO XI - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 70 - As coberturas previstas neste Regulamento serão garantidas aos usuários do Eletros-Saúde Cepel independente do cumprimento de cobertura parcial temporária nos casos das doenças e lesões preexistentes.

CAPÍTULO XII - DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 71 - Não é garantido ao usuário o direito de manutenção no Eletros-Saúde Cepel após a perda do vínculo empregatício, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, tendo em vista que o Eletros-Saúde Cepel é gratuito, inexistindo contribuição do usuário.

Parágrafo Único - Nos termos desses dispositivos legais e na regulamentação da ANS, a coparticipação, como fator moderador de utilização, não é considerada contribuição.

CAPÍTULO XIII – DA ADMINISTRAÇÃO

SEÇÃO I - DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 72 - Competirá ao Conselho Deliberativo da ELETROS, órgão superior de decisão e orientação da ELETROS, em consonância com as diretrizes da PATROCINADORA, a fixação de objetivos, políticas e normas gerais através de edição de Atos Normativos, inclusive a aprovação de alterações no Regulamento do Produto, que passarão a fazer parte do presente Regulamento como Anexos.

SEÇÃO II - DO ÓRGÃO EXECUTOR

Art. 73 - A administração e operacionalização do Eletros-Saúde será conduzida pela Diretoria Executiva da ELETROS.

CAPÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 74 - Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da ELETROS em consonância

com as diretrizes da PATROCINADORA, *ad referendum* do Conselho Deliberativo.

Art. 75 - O encerramento da operação do Eletros-Saúde pela ELETROS se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 76 - Fica eleito o foro da Comarca da PATROCINADORA para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Anexos do Regulamento Eletros-Saúde Cepel

ANEXO I: TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE CEPTEL

Tipos de Serviço/Modalidades	Fator de Cobertura da Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde
Consultas	
Livre Escolha	1,70
Rede Credenciada	0,85
Internação Hospitalar	Franquia de R\$ 100,00
Diárias Hospitalares	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Despesas Hospitalares	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Honorários Médicos em Internação	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Internação Psiquiátrica superior a 30 dias	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,90
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
Psicoterapia	
Livre Escolha	1,70
Rede Credenciada	0,85
Fonoaudiologia	
Livre Escolha	1,70
Rede Credenciada	0,85

Tipos de Serviço/Modalidades	Fator de Cobertura da Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde
Terapia Ocupacional	
Livre Escolha	1,70
Rede Credenciada	0,85
Exames	
Exames até R\$ 250,00 em Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,85
Exames acima de R\$ 250,00 até R\$ 500,00 em Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,90
Exames acima de R\$ 500,00 em Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,95
Demais despesas ambulatoriais	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,90
Próteses/Órteses ligadas ao ato cirúrgico	1,00
Remoção Inter-hospitalar	0,90
Medicamentos (Assistência Farmacêutica)	0,75
Odontologia Rol em Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,85
Odontologia Extra Rol em Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,80
Aparelhos Ortopédicos	0,85
Materiais fora de ambiente hospitalar	0,90
Armações, lentes, lentes de contato	0,85
Próteses corretoras de audição	0,85
Vacina	0,90

ANEXO II: COBERTURAS ODONTOLÓGICAS**I - Regras para Auditoria Odontológica:**

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

Cabe ao auditor:

- Verificar a execução e a qualidade técnico-científica dos trabalhos realizados e dos planejamentos propostos;
- Não autorizar os serviços e planejamento que estejam em desacordo com os protocolos técnicos e científicos estabelecidos para o desempenho adequado da prática odontológica;
- Não autorizar os serviços que não estejam previstos como objeto de cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou da TPHES.

É vedado ao auditor:

- Prestar atendimentos de qualquer especialidade aos usuários;
- Realizar auditorias em especialidade diferente daquela para a qual contratado.

1) Tratamentos com obrigatoriedade de auditorias inicial e final:

- Há obrigatoriedade de auditorias iniciais e finais nos tratamentos com valor igual ou maior que 02 (dois) salários mínimos vigentes;
- Todos os tratamentos, independente de valor, desde que envolvam procedimentos em Prótese e Cirurgia (com exceção da remoção de dentes inclusos e/ou impactados e exodontias);
- Internações e cirurgias em ambiente hospitalar, além das auditorias, necessitam de autorização prévia.

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

- Endodontia - todos os tratamentos, sendo obrigatória a apresentação do RX inicial e final para sua realização;
- Remoção de dente inclusos e/ou impactados, sendo obrigatória a apresentação das radiografias inicial e final para sua realização.

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

ajuste oclusal	exodontia simples
aplicação de cariostático	frenectomia lingual
aplicação tópica de flúor	frenectomia labial inferior
aumento de coroa clínica	frenectomia labial superior
biópsia de cavidade bucal	modelos de estudo
condicionamento em odontologia	placa de mordida miorelaxante
condicionamento em odontopediatria	orientação de Higiene Oral (OHB)
conserto simples	recolocação / remoção de próteses
controle de placa	reembasamento

dessensibilização dentinária	restauração em ionômero de vidro
exodontia de decíduo	restauração temporária
exodontia de raiz residual	ulotomia

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

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

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

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

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

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

4) Tratamentos Ortodôntico e Ortopédico Funcional dos Maxilares:

1 - Os usuários têm direito a tratamento ortodôntico e/ou ortopédico funcional dos maxilares, desde que haja indicação terapêutica comprovada previamente por avaliação da auditoria e as condições bucais o permitam;

2 - Os valores contidos em tabela referem-se ao tratamento ortodôntico integral ou ortopédico funcional proposto pelo profissional, estando inclusos todos os procedimentos e técnicas terapêuticas necessários para a finalização do tratamento;

3 - Os usuários têm direito a um tratamento ortodôntico ou ortopédico funcional dos maxilares por vida, isto é, não há liberação de qualquer tratamento ortodôntico ou ortopédico funcional mais de uma vez para um mesmo usuário;

4 - 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;

5 - As substituições de aparelhos, bem como a necessidade da interação de técnica durante o tratamento, não são passíveis de custo excedente;

6 - A quebra ou perda de aparelhos, por responsabilidade dos usuários, não tem cobertura, e a reposição deve ser negociada entre as partes;

7 - As manutenções mensais, partes integrantes dos tratamentos, visam dar cobertura à assistência mensal prestada ao usuário, independente da quantidade de atendimentos mensais necessários, sendo a primeira paga no mês subsequente à realização da auditoria de instalação;

8 - As interrupções temporárias ou definitivas do tratamento, a critério do usuário ou do profissional, devem ser submetidas à auditoria para avaliação;

9 - A não realização da auditoria implica contagem contínua do prazo de tratamento;

10 - As manutenções mensais são pagas de forma contínua, admitindo-se uma a cada mês, independente do número de consultas realizadas e, devidamente atestadas por assinatura do usuário;

11 - O retorno ao tratamento, a critério do usuário ou do profissional, também deve ser submetido à avaliação da auditoria;

12 - Os tratamentos ortodônticos ou ortopédicos funcionais devem ser submetidos, obrigatoriamente, às auditorias: inicial, de instalação, intermediária, de avaliação, de prorrogação e final;

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

14 - 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;

15 - 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, desde que autorizado pela auditoria;

16 - O tratamento ortodôntico deve ser pago da seguinte forma:

- 1ª parcela do pagamento, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor total, após a liberação da auditoria de instalação;
- 2ª parcela de pagamento, equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do valor total, após a liberação da auditoria de avaliação;
- 3ª parcela de pagamento, equivalente aos 25% (vinte e cinco por cento) restantes, após a liberação da auditoria final;

17 - 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;

18 - A cobertura da primeira consulta de contenção é iniciada no mês subsequente à data da auditoria final.

5) Tratamentos de Implante Dentário:

1 - O tratamento de implante dentário é realizado em três etapas:

- Cirúrgica - implantação de um pino de titânio na maxila e/ou mandíbula;
- Cicatrizadora - integração do pino ao osso;
- Protética - colocação da prótese sobre os implantes;

2 - O implante dentário deve ser realizado por especialista em implantodontia ou por especialistas em periodontia e cirurgia buco-maxilo-facial, desde que tenham curso de extensão em implante reconhecido pelo Conselho Federal de Odontologia;

3 - Para a realização de implante dentário, o usuário deve ter no mínimo 18 (dezoito) anos, saúde geral e oral satisfatória (classificada pela auditoria específica);

4 - O usuário deve se enquadrar em no mínimo 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 deve ser evitado;
- 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;

5 - Os tratamentos prévios à colocação do implante podem ser executados normalmente pela rede credenciada, assim como as próteses sobre implante, sem desembolso por parte do usuário;

6 - Todos os tratamentos de implante dentário devem ser, obrigatoriamente, submetidos à auditoria inicial, pós-cirúrgica e final;

7 - As parcelas referentes a tratamento de implante dentário só devem ser reembolsadas mediante a aprovação da auditoria;

8 - A etapa cirúrgica do tratamento de implante dentário deve ser paga da seguinte forma:

- 1ª parcela do pagamento, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor total, após a liberação da auditoria inicial e pós-cirúrgica de implante;

- 2ª parcela do pagamento após a liberação da auditoria final de implante;

9 - A cobertura dos pinos de titânio instalados deve obedecer os valores previstos na TPHEs vigente, mediante apresentação da cópia da nota fiscal de compra do material;

10 - A cada elemento implantado é admitida a cobertura de um jogo de conexões, obedecendo aos valores estabelecidos na TPHEs vigente.

ANEXO III: COBERTURAS ADICIONAIS ELETROS-SAÚDE CEPEL

Tipos de Serviço/Modalidades	Limites Simples ou Múltiplos
Tratamentos Seriados	
Escleroterapia	- 8 sessões por mês;
	- 24 sessões por ano; e
	- limitada a 96 sessões por vida.
Fonoaudiologia	- 8 sessões por mês;
	- 96 sessões por ano; e
	- limitada a 384 sessões por vida.
Psicoterapia	- 8 sessões por mês;
	- 96 sessões por ano; e
	- limitada a 384 sessões por vida.
Órteses e Próteses	
Armação Óculos*	1 (uma) a cada 365 dias
Lentes*	1 (um) par a cada 180 dias
Lentes de contato	1 (um) par a cada 180 dias
Lentes de contato descartáveis	2 (duas) caixas com 6 (seis) unidades a cada 180 dias
Prótese Otofônica	1 (uma) por vida por orelha
Próteses não ligadas ao ato cirúrgico	1 (uma) por vida por região anatômica
Assistência Domiciliar	De acordo com critérios de elegibilidade técnico-administrativos do Eletros-Saúde

*As lentes multifocais serão reembolsadas em duas vezes o valor da Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde - TPHEs. Se justificado por laudo do oftalmologista o uso de óculos para perto e longe, o reembolso será processado separadamente.

CRITÉRIOS DE COBERTURA:**1 - Cobertura com Aparelhos Ortopédicos, Corretores da Visão e Audição:**

Os aparelhos ortopédicos são cobertos, desde que apresentado o laudo médico especializado e mediante os seguintes critérios:

1.1 - Botas e Palmilhas

Até dois pares por semestre, por usuário, com indicação do médico especialista, mediante nota fiscal de estabelecimento especializado,

excluídas as despesas com manutenção e conserto.

1.2 - Órteses

A cobertura desse material pode ser relativa a aluguel, com ressarcimento mensal ou a compra estando, em ambos os casos, condicionada a apresentação de nota fiscal, acompanhada de indicação de médico especialista e de acordo com o evento.

1.3 - Próteses não ligadas ao ato cirúrgico

A cobertura está condicionada a avaliação prévia

da área médica do Eletros-Saúde, e a aquisição desse material deverá vir acompanhada de nota fiscal e do relatório de médico especialista com a indicação de utilização, limitada a 1 (uma) por vida por região anatômica.

1.4 - Armações, lentes e lentes de contato
O reembolso de despesas com a aquisição de armações, lentes e lentes de contato está condicionado à apresentação de nota fiscal e à prescrição de oftalmologia. O receituário médico deverá conter a prescrição de uso de lente de contato para a aquisição das mesmas.

1.4.1 - Somente é concedido novo reembolso de despesas efetuadas para o mesmo usuário mediante a prescrição médica atualizada e nos seguintes prazos:

- Após decorridos 12 (doze) meses a contar da emissão da nota fiscal anterior para a aquisição de armação de óculos;

- Após decorridos 6 (seis) meses a contar da emissão da nota fiscal anterior para a aquisição de lentes corretoras e de contato.

1.4.2 - As lentes multifocais devem ser reembolsadas em 2 (duas) vezes o valor da Tabela de Procedimentos e Honorários do Eletros-Saúde, se for necessário, o uso de um óculos para perto e outro para longe, o reembolso deve ser processado separadamente, justificado por laudo do oftalmologista.

1.4.3 - As lentes de contato descartáveis serão cobertas no limite de 2 (duas) caixas de 6 (seis) unidades cada por 180 (cento e oitenta) dias. Não é possível o reembolso de lentes de contato e de lentes de contato comuns no mesmo período.

1.4.4 - No caso de eventuais despesas com a adaptação de lentes de contato, estas devem ser reembolsadas mediante recibo emitido pelo oftalmologista.

1.4.5 - Para efeito de reembolso de produtos of-

talmológicos são aceitos nomes comerciais.

1.5 - Prótese Auditiva

O reembolso de despesas com a aquisição de próteses corretoras de audição não ligadas ao ato cirúrgico está condicionado à apresentação de nota fiscal e à prescrição de otorrinolaringologista limitadas a 1 (uma) por vida.

2 - Fonoaudiologia:

A cobertura das despesas com tratamento de fonoaudiologia é efetuada por sessão, desde que realizada por fonoaudiólogo inscrito no conselho da categoria. É necessário que o usuário solicite autorização prévia, no início e nas renovações, ao Eletros-Saúde, mediante apresentação de laudo emitido pelo profissional assistente, da seguinte forma:

As autorizações são emitidas por no máximo 96 (noventa e seis) sessões num período de 12 (doze) meses.

O limite máximo para cobertura por usuário é de 384 (trezentos e oitenta e quatro) sessões, sendo 96 (noventa e seis) anuais.

Ao término desta cobertura adicional em fonoaudiologia, serão observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento e suas respectivas DUTs.

3 - Psicoterapia:

A cobertura das despesas com tratamento de psicoterapia é efetuada por sessão, desde que realizada por psicólogo ou psiquiatra, inscritos no Conselho da categoria. É necessário que o usuário solicite autorização prévia, no início e nas renovações do tratamento, ao Eletros-Saúde, mediante apresentação do laudo emitido pelo profissional assistente.

As autorizações são emitidas por no máximo 96 (noventa e seis) sessões num período de 12 (doze) meses. O limite máximo para cobertura por usuário é de 384 (trezentos e oitenta e quatro) sessões.

Ao término desta cobertura adicional em psicoterapia, serão observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento e suas respectivas DUTs.

O limite para cobertura de psicoterapia familiar é de 48 (quarenta e oito) sessões, com o máximo de 12 (doze) sessões por mês. O número de sessões utilizadas é descontado do total de sessões individuais previstas para o usuário titular.

4 - Assistência Domiciliar:

A assistência domiciliar visa atender os usuários nas seguintes condições:

- Paciente internado, que ainda precisa de cuidados médicos/enfermagem e suporte de materiais/equipamentos específicos, porém já em condições de receber estes cuidados fora do ambiente hospitalar; e

- Paciente que apresentar no domicílio quadros de descompensação clínica que não necessitam obrigatoriamente de dependências hospitalares e sim equipamentos e cuidados específicos, que possam ser montados em residência.

4.1 - Critérios para concessão:

- Parecer do médico assistente do paciente;

- Parecer da auditoria médica externa da empresa ou instituição por ela designada, referendando a posição do médico assistente;

- Parecer da área médica da empresa do Eletros-Saúde;

- Avaliação do serviço social, quando necessário;

- Parecer da empresa prestadora do serviço de assistência domiciliar quanto à adequação do ambiente familiar (físico e psicológico).

4.2 - A empresa e/ou instituição por ela designada deve acompanhar as internações domiciliares visando avaliar a evolução do paciente (patologia).

4.3 - Os prazos de cobertura e suas prorrogações e a definição das coberturas quanto a medicamentos, materiais, exames, suporte nutricional, honorários profissionais e sua periodicidade são feitos de acordo com a análise dos laudos médicos e os critérios estabelecidos pela empresa ou instituição por ela designada.

4.4 - O Eletros-Saúde informará ao usuário, responsável pelas despesas, por escrito, as condições de coberturas, prazos e coparticipações.

Coberturas Adicionais Odontologia

PROCEDIMENTO	LIMITE	
	Quantidade	Dias
Diagnóstico		
Auditoria clínica inicial	Sem limite	
Auditoria de instalação - ortodontia	1	VIDA
Auditoria de mantenedor de espaço	1	VIDA
Auditoria de prorrogação - ortodontia	2	VIDA
Auditoria de reavaliação de glosa	Sem limite	
Auditoria final	Sem limite	
Auditoria final em implante	Sem limite	

PROCEDIMENTO	LIMITE	
	Quantidade	Dias
Auditoria inicial em implante	Sem limite	
Auditoria Intermediária	Sem limite	
Auditoria ortodôntica inicial	1	VIDA
Auditoria por amostragem	Sem limite	
Auditoria pós-cirúrgica em implante	Sem limite	
Emergência horário normal	Sem limite	
Emergência noturna (sábado, domingo e feriado)	Sem limite	
Fotografia	Sem limite	
Par de modelos gesso para estudo (superior e inferior)	1	180
Par de modelos gesso zocalado (superior e inferior)	Sem limite	
Slide	Sem limite	
Imaginologia		
Radiografia ântero-posterior ou lateral do crânio e ossos da face	1	365
Radiografia cefalométrica com traçado computadorizado (2)	1	365
Radiografia cefalométrica com traçado manual (2)	1	365
Radiografia cefalométrica sem traçado	1	365
Radiografia da ATM série completa (3 incidências)	1	365
Radiografia de mão e punho - idade óssea	1	365
Radiografia radiodôntica - 14 incidências	1	365
Tomografia computadorizada (tipo Dentascan)	2	365
Tomografia computadorizada volumétrica para maxila completa	1	365
Tomografia computadorizada volumétrica para mandíbula completa	1	365
Tomografia computadorizada volumétrica para maxila e mandíbula	1	365
Tomografia computadorizada volumétrica - 1 segmento no mesmo arco dentário	3	365
Tomografia computadorizada volumétrica - 2 segmentos no mesmo arco dentário	2	365
Tomografia computadorizada volumétrica - 3 segmentos em arcos dentários diferentes	2	365
Prevenção		
Remoção de cálculo supragengival e polimento com ultrassom (boca toda)	1	90
Odontopediatria		
Mumificação pulpar	Sem limite	
Plano inclinado	Sem limite	
Remoção de cálculo supragengival e polimento com ultrassom (boca toda)	1	90
Endodontia		
Clareamento dental por elemento desvitalizado	Sem limite	
Mumificação pulpar	Sem limite	

PROCEDIMENTO	LIMITE	
	Quantidade	Dias
Periodontia		
Enxerto de biomateriais (por elemento)	Sem limite	
Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (por elemento)	Sem limite	
Enxerto gengival pediculado ou retalho deslizante	Sem limite	
Enxerto ósseo autógeno (por elemento)	Sem limite	
Placa de mordida miorelaxante	Sem limite	
Remoção de cálculo supragengival e polimento com ultrassom (boca toda)	1	90
Prótese		
Conserto simples	Sem limite	
Coroa de jaqueta acrílica	Sem limite	
Coroa de jaqueta em cerâmica pura ou porcelana	Sem limite	
Coroa metalo-cerâmica	Sem limite	
Coroa metalo-cerâmica sobre implante	Sem limite	
Coroa total em cerômero	Sem limite	
Coroa metálica 4/5	Sem limite	
Coroa veneer	Sem limite	
Elemento de prótese fixa metalo-cerâmica	Sem limite	
Elemento de prótese fixa metalo-plástica	Sem limite	
Elemento de prótese fixa provisória	Sem limite	
Encaixe (fêmea) por elemento	Sem limite	
Faceta laminada de porcelana	Sem limite	
Guia cirúrgico para implante	Sem limite	
Overdenture sobre implantes - arcada inferior		
Pacote completo independente da técnica e do número de implantes - no mínimo 2 (dois), incluindo todos os componentes necessários assim como moldagens, ajuste da prótese provisória e definitiva. Não está incluída no pacote a cirurgia dos implantes.	Sem limite	
Overdenture sobre implantes - arcada superior		
Pacote completo independente da técnica e do número de implantes - no mínimo 4 (quatro), incluindo todos os componentes necessários assim como moldagens, ajuste da prótese provisória e definitiva. Não está incluída no pacote a cirurgia dos implantes.	Sem limite	
Prótese fixa adesiva metalo-cerâmica (3 elementos)	Sem limite	
Prótese parcial removível a grampos	Sem limite	
Prótese parcial removível com encaixe	Sem limite	
Prótese parcial removível provisória a grampos	Sem limite	
Prótese total inferior	Sem limite	
Prótese total inferior imediata	Sem limite	
Prótese total superior	Sem limite	
Prótese total superior imediata	Sem limite	

PROCEDIMENTO	LIMITE	
	Quantidade	Dias
Recolocação de próteses	Sem limite	
Reembasamento	Sem limite	
Restauração in lay em cerâmica pura ou porcelana	Sem limite	
Restauração in lay em cerômero	Sem limite	
Restauração on lay em cerâmica pura ou porcelana	Sem limite	
Restauração on lay em cerômero	Sem limite	
Cirurgia Oral e Traumatologia		
Cirurgia de hipertrofia do lábio	Sem limite	
Cirurgia de osteoma ou odontoma	Sem limite	
Excisão de glândula parótida	Sem limite	
Excisão de glândula sublingual	Sem limite	
Excisão de glândula submandibular	Sem limite	
Laço de dente incluso para ortodontia	Sem limite	
Levantamento de seio maxilar para implante	2	VIDA
Maxilectomia com ou sem esvaziamento orbitário	Sem limite	
Osteoplastia zigomático maxilar	Sem limite	
Osteotomia e osteoplastia mandibular para laterognatismo	Sem limite	
Osteotomia e osteoplastia mandibular para micrognatismo	Sem limite	
Osteotomia e osteoplastia mandibular para prognatismo	Sem limite	
Osteotomia e osteoplastia maxilar tipo Lefort I	Sem limite	
Osteotomia e osteoplastia maxilar tipo Lefort II	Sem limite	
Osteotomia e osteoplastia maxilar tipo Lefort III	Sem limite	
Plástica de canal de Stenon	Sem limite	
Reconstrução total de lábio traumatizado	Sem limite	
Reconstrução total de mandíbula com enxerto ósseo	Sem limite	
Redução cirúrgica de fratura de arco zigomático sem fixação	Sem limite	
Redução cruenta de fratura bilateral de mandíbula	Sem limite	
Redução cruenta de fratura cominutiva de mandíbula	Sem limite	
Redução cruenta de fratura Lefort I	Sem limite	
Redução cruenta de fratura Lefort II	Sem limite	
Redução cruenta de fratura Lefort III	Sem limite	
Redução cruenta de fratura unilateral de mandíbula	Sem limite	
Redução de fratura de côndilo mandibular	Sem limite	
Redução de fratura de ossos próprios do nariz	Sem limite	
Redução e fixação cirúrgica de fratura do osso zigomático	Sem limite	
Redução incruenta de fratura Lefort I	Sem limite	

PROCEDIMENTO	LIMITE	
	Quantidade	Dias
Redução incruenta de fratura Lefort II	Sem limite	
Redução incruenta de fratura Lefort III	Sem limite	
Redução incruenta de fratura unilateral de mandíbula	Sem limite	
Reimplante de dente por elemento	Sem limite	
Remoção de corpos estranhos do seio maxilar	Sem limite	
Sinusotomia	Sem limite	
Sulcoplastia por arcada	Sem limite	
Suturas múltiplas de face	Sem limite	
Suturas simples de face	Sem limite	
Tratamento cirúrgico de lábio leporino	Sem limite	
Tratamento cirúrgico para anquilose de ATM	Sem limite	
Tratamento cirúrgico para osteomielite	Sem limite	
Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares		
Acompanhamento de contenção ortodôntica/ortopédica funcional	6	365
Mantenedor de espaço fixo	2	VIDA
Mantenedor de espaço móvel	2	VIDA
Manutenção mensal para mantenedor de espaço (móvel ou fixo)	36	VIDA
Manutenção mensal para tratamento ortodôntico fixo	36	VIDA
Manutenção mensal para tratamento ortodôntico removível	36	VIDA
Manutenção mensal para tratamento ortopédico funcional	36	VIDA
Tratamento Ortodôntico Total Fixo - 1ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortodôntico Total Fixo - 2ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortodôntico Total Fixo - 3ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortodôntico Removível - 1ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortodôntico Removível - 2ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortodôntico Removível - 3ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortopédico Funcional - 1ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortopédico Funcional - 2ª parcela	1	VIDA
Tratamento Ortopédico Funcional - 3ª parcela	1	VIDA
Implante		
Conexões para implante (por elemento)	Sem limite	
Enxerto ósseo para implante - incluindo biomateriais (por segmento)	Sem limite	
Enxerto autólogo em bloco - incluindo biomateriais	Sem limite	
Implante dentário por elemento - cirurgia (2 parcelas)	1	VIDA
Levantamento do seio maxilar para implante	2	VIDA
Mini-implantes - exige laudo (valor incluído instalação e retirada)	Sem limite	
Pino para implante	Sem limite	

ANEXO IV - LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

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

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

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

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

ANEXO V: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Rol de Medicamentos que possuem cobertura:

1 - Vitaminas, sais minerais, aminoácido: somente se industrializados por laboratórios farmacêuticos estabelecidos;

2 - Fitoterapia: somente as substâncias industrializadas por laboratórios farmacêuticos estabelecidos;

3 - Homeopatia: somente as monosubstâncias com especificação de potência, ou fórmulas com até 3 componentes no máximo, com especificação de potência dos mesmos;

4 - Fórmulas de manipulação dermatológica: devem ser analisados individualmente. As fórmulas que contêm qualquer componente com indicação cosmetológica não são objeto de cobertura;

5 - Produtos de uso oftálmico:

i) Somente colírios, pomadas ou unguentos anti-inflamatórios, antibióticos, anestésicos ou anti-glaucomasos;

ii) Casos excepcionais devem ser analisados individualmente, documentados por laudos médicos detalhados e, se necessário, sujeitos a exame especializado pericial, por profissional indicado pelo Eletros-Saúde;

6 - Alopacia: Produtos industrializados por laboratórios farmacêuticos estabelecidos;

7 - Materiais descartáveis de injeções e curativos:

i) Somente aqueles utilizados na aplicação de injeções e curativos no usuário que se encontre em ambiente médico-hospitalar (internações, pequenas cirurgias ambulatoriais, emergências clínico-cirúrgicas);

ii) No caso de diabetes insulino-dependente, respaldado por laudo médico, desobrigados da exigência do ambiente médico hospitalar.

8 - Produtos para avaliação de controle de diabetes: Desde que acompanhado da respectiva receita médica;

9 - Vacinas e testes cutâneos:

i) Deve ser objeto de cobertura vacina industrializada, processada em laboratório farmacêutico acompanhada de prescrição médica com quantidade de doses e nota fiscal anexas;

ii) As vacinas obtidas por manipulação ou preparo em clínicas especializadas são objeto de cobertura quando acompanhadas de prescrição médica especificando o tipo de vacina e/ou teste cutâneo, nº aplicações e quantidade de séries;

iii) A cobertura das despesas, para cada tipo de vacina ou teste cutâneo, deve ser calculada com base em tabela praticada pelo Eletros-Saúde.

Rol de Medicamentos não cobertos pelo Eletros-Saúde Cepel:

1 - Medicamentos anticoncepcionais;

2 - Injeções e curativos fora do ambiente hospitalar, exceto em diabetes insulino-dependente;

3 - Medicamentos importados;

4 - Produtos dietéticos, moderadores de apetite, substâncias emagrecedoras;

5 - Medicamentos fitoterápicos não industrializados;

6 - Fórmula de manipulação;

7 - Produtos de suplemento nutricional, leites de qualquer tipo, proteínas, aminoácidos ou medicamentos obtidos através de qualquer um dos componentes acima ou que contenham em sua formulação qualquer um desses componentes;

8 - Medicamentos para calvície;

9 - Medicamentos cosmiátrico;

10 - Shampoos, sabonetes, produtos de higiene e protetores de pele;

11 - Medicamentos para disfunção sexual;

12 - Medicamentos antitabágicos;

13 - Colírios;

14 - Medicamentos com indicação para um sexo sendo usado por outro sexo;

15 - Medicamentos não reconhecidos pela AN-VISA;

16 - Medicamentos cuja utilização seja para uso não respaldado pelo fabricante;

17 - Drogas modificadoras ou remodeladoras de estruturas articulares de uso via oral, parenteral ou intra-articular.

ANEXO VI: DEFINIÇÕES E CONCEITOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**Assistência e Tratamentos Médicos:**

1 - Acupuntura - é o atendimento prestado por médico habilitado, baseado em técnica que consiste na introdução de agulhas em pontos cutâneos precisos, para tratamento de patologias osteomusculares, reumatológicas e neurológicas;

2 - Assistência Anestésica - é o atendimento prestado por anestesiologia durante o ato cirúrgico ou tratamentos especializados que requeiram técnica anestésica;

3 - Assistência Cirúrgica - é o atendimento prestado por médico, compreendendo consulta, procedimento cirúrgico e acompanhamento pós-operatório;

4 - Assistência Clínica - é o atendimento prestado por médico compreendendo consulta, visita hospitalar ou domiciliar, nos casos em que haja autorização prévia de assistência domiciliar;

5 - Assistência de Obstetrícia - é o atendimento prestado por médico, que objetiva cuidados gerais à gestante, no sentido de proporcionar condições adequadas à evolução da sua gestação até o parto;

6 - Diagnóstico/Terapia e Tratamento Seriado em Regime Ambulatorial - é o atendimento prestado por profissional habilitado necessário ao esclarecimento do diagnóstico e controle de doenças, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor à época do evento ou na cobertura adicional expressamente prevista neste instrumento, mediante solicitação médica;

7 - Escleroterapia - é o atendimento prestado por médico habilitado nas áreas de angiologia e cirurgia vascular;

8 - Fonoaudiologia - é o atendimento prestado por profissionais com técnicas especiais utilizadas na terapia da palavra;

9 - Medicina Física e Reabilitação - Fisioterapia - é o atendimento prestado por profissionais habilitados para execução de tratamento indicado em patologias do aparelho locomotor e de outros, mediante solicitação médica, visando a reabilitação funcional

do órgão lesionado, utilizando-se de técnicas específicas para esta finalidade;

10 - Terapia Ocupacional - é o atendimento prestado por profissionais habilitados com o objetivo promover a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam temporária ou definitivamente dificuldade na inserção e participação na vida social;

11 - Psicoterapia - é o atendimento prestado por profissionais habilitados para tratamento dos problemas e distúrbios emocionais, com utilização de técnicas específicas determinantes da saúde mental do indivíduo;

12 - Aparelho Ortopédico - são as próteses, órteses, imobilizações e botas destinadas à substituição ou complementação das funções normais ou à correção ou compensação de deficiências físicas. Não há cobertura para próteses não ligadas ao ato cirúrgico feitas de material sintético;

13 - Armação, Lente e Prótese Corretora da Visão - são os aparelhos e materiais destinados à correção dos defeitos ou compensação de problemas relacionados com a visão.

Assistência Odontológica:

1 - Tratamentos Clínicos - são os tratamentos em: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Endodontia, Dentística, Imaginologia/Radiologia, Odontopediatria, Ortodontia e/ou Ortopedia Funcional dos Maxilares, Periodontia, Próteses e Prevenção;

1.1 - Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico e o tratamento cirúrgico e coadjuvante das doenças, traumatismos, lesões e anomalias congênitas e adquiridas do aparelho mastigatório e anexos, e estruturas crânio-faciais associadas;

1.2 - Dentística - é a especialidade que tem como objetivo o estudo e a aplicação de procedimentos educativos, preventivos, operatórios e terapêuticos para preservar e devolver ao dente integridade anatomo-funcional e estética;

1.3 - Endodontia - é a especialidade que tem como objetivo a preservação do dente por meio de prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento e controle das alterações da polpa e dos tecidos peri-radulares;

1.4 - Imaginologia - é a especialidade que tem como objetivo a aplicação dos métodos exploratórios por imagem com a finalidade de diagnóstico, acompanhamento e documentação buco-maxilo-facial e estruturas anexas;

1.5 - Periodontia - é a especialidade que tem como objetivo o estudo, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das doenças gengivais e periodontais, visando à promoção e ao restabelecimento da saúde periodontal;

1.6 - Prótese Dentária - é a especialidade que tem como objetivo o restabelecimento e a manutenção das funções do sistema estomatognático, visando a proporcionar conforto, estética e saúde pela recolocação dos dentes destruídos ou perdidos e dos tecidos contíguos;

1.7 - Odontopediatria - é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e controle dos problemas de saúde bucal da criança, a educação para a saúde bucal e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde;

1.8 - Ortodontia - é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, a supervisão e a orientação do desenvolvimento do aparelho mastigatório e a correção das estruturas dentro-faciais, incluindo as condições que requeiram movimentação dentária, bem como harmonização da face no complexo maxilo-mandibular;

- Manutenção - é a consulta mensal para acompanhamento do tratamento ortodôntico;

- Consulta para Acompanhamento da Contenção Ortodôntica - é a consulta para acompanhamento da finalização dos tratamentos ortodônticos através de aparelhagem de contenção.

1.9 - Ortopedia Funcional dos Maxilares - é a especialidade que tem como objetivo tratar a maloclusão através de recursos terapêuticos, que utilizem estímulos funcionais, visando ao equilíbrio

morfo-funcional do sistema estomatognático e/ou a profilaxia e/ou o tratamento de distúrbios crânio-mandibulares, recursos estes que provoquem estímulos de diversas origens, baseados no conceito da funcionalidade dos órgãos;

1.10 - Implante Dentário - é o tratamento utilizado como alternativa à reposição da perda de elementos dentários.

Auditorias Odontológicas:

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 Intermediária - é a avaliação semestral do tratamento ortodôntico, realizada por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde;

7 - Auditoria de Prorrogação - é a avaliação da necessidade de continuidade do tratamento ortodôntico, após o término do prazo autorizado, por auditor credenciado pelo Eletros-Saúde;

8 - Diagnóstico Odontológico - é a análise de resultados do exame inicial e dos exames complementares requisitados pelo profissional para a elaboração do orçamento e do plano de tratamento odontológico;

9 - Exame Inicial Odontológico - é a consulta na qual o profissional faz o planejamento do tratamento e a requisição de exames complementares, se necessário.



Eletros-Saúde

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

Telefone:
(21) 2138-6000

Autorização Médica:
(21) 2179-4979

Fax:
(21) 2179-4919

www.eletros.com.br/eletrossaude/

ANS Nº 31.390-4