

Regulamento do Plano ES CEPEL



Sumário

CAPÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS	3
CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	3
CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES	4
CAPÍTULO IV - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	6
CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	8
CAPÍTULO VI - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA	15
CAPÍTULO VII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA	17
CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	18
CAPÍTULO IX - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	20
CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO	21
CAPÍTULO XI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	23
CAPÍTULO XII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	26
CAPÍTULO XIII - DO REAJUSTE	27
CAPÍTULO XIV - DAS FAIXAS ETÁRIAS	28
CAPÍTULO XV - DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	28
CAPÍTULO XVI - DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	28
CAPÍTULO XVII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	30
ANEXO I: DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	33
ANEXO II: DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO	34
ANEXO III: DA LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	35
ANEXO IV: DAS COPARTICIPAÇÕES	38
ANEXO V: DO PLANO DE CUSTEIO	40

CAPÍTULO I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A **ELETROS-SAÚDE – Associação de Assistência à Saúde**, operadora de planos privados de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 42.207-0, classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 34.844.263/0001-07 e localizada na Rua Uruguaiana, 174 – 5º andar – Centro em Rio de Janeiro - RJ, é a instituição a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

Art. 2º. O Centro de Pesquisas de Energia Elétrica - CEPEL, o qual está inscrito no CNPJ sob o nº 42.288.886/0001-60 e situado na Avenida Horácio Macedo nº 354, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, passa a ser PATROCINADORA do plano de saúde de que trata este regulamento.

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

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

Art. 3º. O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **ES CEPEL**; está registrado na ANS sob o nº 493.129/22-7; e possui as seguintes características gerais:

- I. Tipo de contratação:** Coletivo empresarial
- II. Segmentações assistenciais:** Ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; e odontológico
- III. Fator moderador:** Coparticipação
- IV. Área geográfica de abrangência:** Grupo de Estados
- V. Área geográfica de atuação:** Rio de Janeiro e Distrito Federal

VI. Padrão de acomodação em internação: Individual

VII. Formação do preço: Pós estabelecido em rateio parcial

VIII. Cobertura assistencial: Limitada ao rol da ANS

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

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

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

Art. 5º. O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e/ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/1998, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-11) e compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento, para as segmentações seguintes segmentações: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e odontológica.

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

CAPÍTULO III DAS DEFINIÇÕES

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

I. Acidente pessoal: evento ocorrido em data específica que é provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

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

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

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

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

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

VII. Área de abrangência geográfica: área em que a operadora de plano de saúde se compro-

mete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

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

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

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

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

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

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

XIV. Complicações no processo gestacional: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

XV. Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU): órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

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

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

XVIII. Dependente portador de deficiência incapacitante: beneficiário que tem sua deficiência declarada por médico assistente e reconhecida pela empresa.

XIX. Dependente legal: dependente informado pelo empregado e/ou declarado no imposto de renda; e/ou reconhecido por meio de sentença judicial ou Instrumento Declaratório Público; e reconhecido pela empresa.

XX. Documento comprobatório do serviço prestado: documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do plano e emitida pelo profissional ou pela instituição prestadora do serviço ou fornecedores de aparelhos e medicamentos.

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

XXII. Empresa: para efeitos deste regulamento, o **Centro de Pesquisas em Energia Elétrica - CEPEL**

XXIII. Empresa congênere: operadora de saúde com que a **ELETROS-SAÚDE – Associação de Assistência à Saúde** mantém convênio de reciprocidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

XXXII. Plano ES CEPEL: benefício concedido pela **PATROCINADORA**, o qual visa garantir a cobertura de serviços assistenciais (atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos, conforme o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS) sob as modalidades de convênio ou livre escolha aos beneficiários.

XXXIII. Portador de doença grave: portadora de doença grave classificada pela OMS.

XXXIV. Radiografia inicial: aquela tirada antes da execução do procedimento, cujo objetivo de ratificar o diagnóstico do paciente, sendo solicitada quando o cirurgião-dentista precisa realizar o diagnóstico de patologias bucais e realizar intervenções.

XXXV. Radiografia final: aquela tirada após a realização do procedimento, cuja finalidade, entre outras, é de atestar a eficácia do procedimento executado no paciente, sendo solicitada para averiguar a qualidade do procedimento realizado.

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

XXXVII. Referencial de participação: tabela a qual contém os valores (por faixa etária e por percentual de salário) a serem praticados pelos titulares, com relação a si e seus dependentes, e pela **PATROCINADORA** no custeio do plano de saúde.

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

XXXIX. Remuneração de referência: rendimento do empregado para classificação nas faixas de mensalidade, de acordo com o Normativo Interno da **Patrocinadora**;

XL. Salário-benefício: é o valor do salário benefício recebido junto ao INSS e à entidade previdenciária (Fundação Eletrobrás de Seguridade Social), caso esteja vinculado, em caso de aposentadoria por invalidez, e complemento, em caso de empregados.

XLI. Tratamento seriado: aquele realizado em sessões sucessivas, tais como: acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia

ocupacional, quimioterapia, radioterapia, psicologia e terapia renal substitutiva.

XLII. Titulares: pessoas naturais as quais mantenham vínculo com a **PATROCINADORA**, conforme estão discriminados no capítulo IV deste regulamento.

XLIII. Pacto de convivência: documento registrado em cartório que comprove a relação entre casais ou parceiros.

CAPÍTULO IV DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º. Serão considerados beneficiários titulares, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo **PLANO**, as pessoas naturais as quais mantenham os seguintes vínculos com a **PATROCINADORA**:

I. Dirigentes (presidente e diretor) – restrito à vigência dos seus mandatos;

II. Empregados com vínculo ativo com a **PATROCINADORA** – exceto aqueles com contrato de trabalho suspenso sem remuneração;

§1º. Serão mantidos no plano **ES CEPEL** os empregados em licença saúde e os aposentados por invalidez temporária, nos termos e nas condições definidos em Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) vigente da **PATROCINADORA**.

§2º. Será permitida a readmissão de titulares com contrato de trabalho suspenso sob licença sem remuneração no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de seu retorno à **PATROCINADORA**, com restabelecimento das coberturas e sem o cumprimento de carência.

Art. 8º. Serão considerados beneficiários dependentes, para efeito do plano **ES CEPEL** desde que respeitadas as avaliações socioeconômicas, quando necessárias, e as normas internas da **PATROCINADORA**:

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

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

III. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros a partir de 21 anos de idade e menores de 24 anos de idade – desde que cursando o ensino superior ou equivalente;

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

V. os menores sob tutela ou curatela; e

VI. genitores dos empregados, desde que já incluídos no cadastro da **PATROCINADORA** na data anterior a 01 de setembro de 2022.

Art. 9º. Para efeito do plano **ES CEPEL**, sempre que for julgado necessário, serão realizadas avaliações para constatação da presença de requisitos básicos tanto para admissão como para manutenção de dependentes.

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

§2º. Para fazer jus aos benefícios ofertados por intermédio deste plano, os dependentes de empregados deverão obrigatoriamente estar inscritos também no cadastro da **PATROCINADORA**.

§3º. Para efeito de cadastramento no plano **ES CEPEL**, será obrigatória a apresentação de documentos os quais comprovem a veracidade da dependência com o titular.

§4º. Quando se tratar de casal empregado da **PATROCINADORA**, somente um empregado terá direito ao cadastramento de dependentes, comprovando devidamente a dependência.

§5º. Por direito adquirido, fará parte do plano **ES CEPEL** o genitor que já estiver cadastrado como dependente do empregado para utilização do plano de saúde, comprovadamente, com data anterior 31/08/22, desde que a **PATROCINADORA** apresente anualmente (até o último dia útil de abril) a documentação comprobatória de dependência econômica.

§6º. Para a manutenção do cadastro de dependente do titular, a documentação do genitor deverá ser analisada anualmente, no decorrer do mês de maio.

§7º. Em todos os casos descritos nas alíneas de I a VI do art. 8º, a verificação das condições de elegibilidade e manutenção dos dependentes ficará a cargo da **PATROCINADORA**.

Art. 10. Para o cadastro no plano **ES CEPEL**, será necessária a apresentação, em cópia simples, da documentação constante do anexo I deste instrumento.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de vinte um anos, incapacitados permanentemente, deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo médico assistente, o qual será submetido à análise da auditoria médica, psicológica e social da **PATROCINADORA**.

§2º. O filho (incluído o adotivo), enteado e curatelado, quando universitários, ao completarem 24 (vinte e quatro) anos, perderão o direito de permanecer no plano **ES CEPEL** ao término do semestre letivo. Para fins do plano, esse término se dará em 31 de agosto (referente ao 1º semestre do ano corrente) e em 31 de março (referente ao 2º semestre do ano anterior).

§3º. A **ELETROS-SAÚDE** terá o direito de, a qualquer tempo, exigir tanto da **PATROCINADORA** como do beneficiário a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas, no que compete a cada uma das partes.

Art. 11. Será assegurada a inclusão:

I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, com a isenção do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, e não cabendo nenhuma alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; e

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

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

CAPÍTULO V DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12. A **ELETROS-SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, 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 da **ELETROS-SAÚDE**, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-11, no que se aplicam ao plano **ES CEPEL** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I

Da Cobertura Médico-Hospitalar

Art. 13. A cobertura ambulatorial compreende:

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

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

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

IV. Medicamentos registrados e ou regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente e pelo cirurgião dentista;

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

VI. Consultas e sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

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

VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

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

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

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

XII. Hemoterapia ambulatorial;

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

XIV. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como, medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Art. 14. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

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

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

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

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

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

IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para

o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

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

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

a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas, conforme determina a Resolução 1.956 do CFM, ficando a escolha a cargo da **ELETROS-SAÚDE**;

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

d) O profissional requisitante pode recusar até

3 (três) nomes indicados pela **ELETROS-SAÚDE** para composição da junta médica.

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

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

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

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

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

XI. Procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde,

cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a)** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b)** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c)** Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d)** Hemoterapia;
- e)** Nutrição parenteral ou enteral;
- f)** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g)** Radiologia intervencionista;
- h)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i)** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente; e
- j)** Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

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

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

XIV. Procedimentos de transplante, no âmbito da

prestação de serviços de saúde suplementar, de conformidade com o estabelecido na legislação específica vigente, devendo dessa forma considerar que:

- a)** O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
- b)** As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT; e
- c)** São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XV. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a)** Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- b)** Medicamentos utilizados durante a internação;
- c)** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia),

mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

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

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

XVII. Despesas, incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares; e

XVIII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o beneficiário titular tenha cumprido carência de 90 (noventa) dias.

Art. 15. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, será observado o seguinte:

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

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

III. No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definido para fins deste regula-

mento, como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento; e

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

Art. 16. O presente regulamento garante ainda:

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

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

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

IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários à execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Pro-

cedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

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

VI. Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção II

Das Coberturas Odontológicas

Art. 17. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 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 de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este regulamento, conforme relação a seguir:

I. Procedimentos de diagnóstico:

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

II. Procedimentos de urgência e/ou emergência:

- a)** Tratamento de odontalgia aguda;
- b)** Imobilização dentária temporária;
- c)** Recimentação de peça e ou trabalho protético;
- d)** Tratamento de alveolite;
- e)** Colagem de fragmentos dentários;
- f)** Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- g)** Reimplante de dente avulsionado com contenção; e
- h)** Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.

III. Procedimentos de radiologia:

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

IV. Procedimentos de prevenção em saúde bucal:

- a)** Atividade Educativa em saúde bucal;
- b)** Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c)** Aplicação Tópica de Flúor;

d) Profilaxia – polimento coronário;

e) Aplicação de selante;

f) Dessensibilização dentária; e

g) Remineralização dentária.

V. Procedimentos de dentística:

a) Aplicação de cariostático;

b) Adequação do meio bucal;

c) Restauração em amálgama;

d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;

e) Núcleo de preenchimento;

f) Ajuste oclusal;

g) Restauração em ionômero de vidro;

h) Restauração em resina fotopolimerizável;

i) Restauração temporária e ou tratamento expectante;

j) Tratamento restaurador atraumático; e

k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

VI. Procedimentos de periodontia:

a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;

b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular e ou curetagem de bolsa periodontal;

c) Imobilização dentária;

d) Gengivectomia e ou gengivoplastia;

e) Aumento de coroa clínica;

f) Cunha proximal;

g) Cirurgia periodontal a retalho;

h) Tratamento de abscesso periodontal;

i) Enxerto gengival livre; e

j) Enxerto pediculado.

VII. Procedimento de endodontia:

a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;

b) Pulpotomia;

c) Remoção de corpo estranho intracanal;

d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;

e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;

f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;

g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;

h) Tratamento de perfuração radicular e ou câmara pulpar;

i) Remoção de núcleo intra-canal; e

j) Remoção de peça/trabalho protético.

VIII. Procedimento de cirurgia:

a) Alveoloplastia;

b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;

c) Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);

d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;

e) Cirurgia para tórus e ou 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 e ou Frenectomia labial;

m) Frenotomia e ou Frenectomia lingual;

n) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);

o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;

p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos e ou cartilagosos 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 e ou Ulotomia;

t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;

u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula e ou maxila;

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

w) Aprofundamento e ou aumento de vestibulo;

x) Bridectomia e ou bridotomia;

y) Odonto-secção; e

z) Redução de luxação da ATM e tunelização.

IX. Procedimentos de prótese dental:

a) Coroa unitária provisória com ou sem pino e ou 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 e ou núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética; e

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 estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CAPÍTULO VI DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 18. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do plano **ES CEPEL** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

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

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

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

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

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

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

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

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

X. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial e dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XI. Fornecimento de próteses, órteses e seus

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

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

XIII. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

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

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

XVI. Aparelhos ortopédicos;

XVII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

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

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

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

XXI. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que

não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXIII. Cirurgia para mudança de sexo;

XXIV. Avaliação pedagógica;

XXV. Orientações vocacionais;

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

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

XXVIII. Remoção domiciliar;

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

XXX. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXI. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular)

XXXII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

XXXIII. Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXIV. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;

XXXV. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XXXVI. Transplantes ósseos;

XXXVII. Enxertos ósseos e biomateriais;

XXXVIII. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

XXXIX. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XL. Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

XLI. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

XLII. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;

XLIII. Cirurgias Odontológicas a laser;

XLIV. Clareamento dentário; e

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

CAPÍTULO VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

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

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

III. 180 (cento e oitenta) dias para internação;

IV. 90 (noventa) dias para os procedimentos odontológicos; e

V. 90 (noventa) dias para os demais casos.

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

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

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

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

§1º. Entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho, entre outras.

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências, exceto quando o empregado comprovar que ele ou seu dependente estiveram em outro plano de assistência médica por período superior a 180 dias, mediante apresentação de carta de portabilidade.

CAPÍTULO VIII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

Art. 22. Caso a **ELETROS-SAÚDE** venha permitir o ingresso de beneficiários ou beneficiárias fora do prazo contemplado no artigo anterior, os novos inscritos poderão sujeitar-se ao preenchimento do formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da

adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do plano **ES CEPEL**, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

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

§2º. O beneficiário terá o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **ELETROS-SAÚDE** – sem nenhum ônus.

§3º. Caso o beneficiário opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **ELETROS-SAÚDE**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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

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

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

bertura parcial temporária (CPT).

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

Art. 25. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

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

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

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

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

do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IX DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 30. Considera-se:

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

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

III. Atendimento de urgência e ou 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 e ou trabalho protético;
- e)** Tratamento de alveolite;
- f)** Colagem de fragmentos dentários;
- g)** Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial; e
- h)** Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 31. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24h (vinte e quatro horas) da adesão do beneficiário ao plano **ES CEPEL**;

II. Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

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

IV. Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

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

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

Seção II Da Remoção

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

I. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da **ELETROS-SAÚDE**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

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

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

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

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

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

b.3) Na remoção, a **ELETROS-SAÚDE** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

b.4) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do

atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'b.2', a **ELETROS-SAÚDE** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X DO REEMBOLSO

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

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

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

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

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

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

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

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos na conta-corrente do beneficiário titular, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, sempre descontados os devidos valores de coparticipação, exceto para as solicitações de reembolso de internações que terá o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento, também sendo necessária a apresentação de toda a documentação comprobatória.

§6º. A cobrança de coparticipação seguirá as regras dispostas no art. 43 deste regulamento e incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados, sendo abatida do valor a ser reembolsado.

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

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

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante:
 - a) Os recibos apresentados em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome, conselho de classe e CPF do profissional, ficam dispensados da aposição de carimbo.
- III. Especialidade, se profissional médico;
- IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e
- V. Data de quitação do serviço.

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

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- III. Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- IV. Especialidade, se profissional médico; e
- V. Data de quitação do serviço.

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

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Descrição do exame, codificação e indicação clínica;
- III. Nome, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional solicitante;
 - a) A requisição de exame apresentada em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome e número do Conselho Regional de Classe do profissional, fica dispensada da aposição de carimbo.

IV. Data.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Da Carteira de Identificação do plano ES CEPEL

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

§1º. A perda, furto ou roubo da carteira de identificação do plano **ES CEPEL** deve ser imediatamente informada, por escrito, à **ELETROS-SAÚDE**.

§2º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do plano **ES CEPEL** é exigido,

além da carteira de identificação do plano, um documento de identidade pessoal do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica na não obrigatoriedade de atendimento, por parte do prestador de serviço sem autorização por parte da **ELETROS-SAÚDE**.

Seção II

Das Modalidades de Utilização do plano ES CEPEL

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

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

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

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

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

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

tituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **ELETROS-SAÚDE** na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

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

Seção III Da Autorização Prévia

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

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

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

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

§4º. Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de até 3 (três) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo credenciado e o plano **ES CEPEL** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

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

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

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

§8º. Em caso de divergência médica 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 beneficiário, por médico ou cirurgião-dentista da **ELETROS-SAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **ELETROS-SAÚDE**.

§9º. A autorização prévia somente será efetivada pela **ELETROS-SAÚDE** mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento. No pedido médico deverá constar o nome completo do paciente, o nome e/ou código do procedimento, a indicação clínica, o local de

realização do procedimento, data, assinatura e carimbo, número do Conselho do Profissional requisitante. O prazo de validade do pedido médico é de 30 dias a contar da data da sua emissão.

§10º. Para a análise adequada da autorização prévia, a **ELETROS-SAÚDE** reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao beneficiário(a).

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

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

Seção IV Do Atendimento

Subseção I Da Consulta e Do Tratamento Odontológico

Art. 39. Para o tratamento odontológico é exigido a Guia de Tratamento Odontológico - GTO, preenchida e assinada pelo profissional e beneficiário devendo ter auditoria inicial e final conforme as normas constantes no referencial de procedimentos odontológicos, independentemente do valor do tratamento. Qualquer al-

teração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela **ELETROS-SAÚDE**.

§1º. Quando o beneficiário residir ou estiver temporariamente em local que a **ELETROS-SAÚDE** não tenha rede credenciada direta ou indireta, a GTO com procedimentos que precisam de auditoria inicial deve ser encaminhada à **ELETROS-SAÚDE**, acompanhada da respectiva justificativa.

§2º. Em caso de tratamento de emergência, a documentação deve ser encaminhada à **ELETROS-SAÚDE**, acompanhada de laudo, no prazo de 3 (três) dias úteis, após a data de início do tratamento, sujeito à aprovação pela área responsável pelo serviço de odontologia.

§3º. No caso de tratamento realizado por profissional não credenciado, ao término do tratamento, deverá ser emitida Nota Fiscal (CNPJ) e ou recibo constando razão social, nº do CRO, CPF, com a assinatura do titular para solicitação do reembolso, devendo ser acompanhada a GTO com os campos devidamente preenchidos, com assinatura do profissional executante, carimbo, além da assinatura do beneficiário.

§4º. Os beneficiários devem se submeter às auditorias e ou perícia inicial e final.

§5º. A **ELETROS-SAÚDE** pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados.

Subseção II Da Psicologia e fonoaudiologia

Art. 40. Tratamentos psicoterápicos, psicopedagogia e fonoaudiologia deverão ser descritos os tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e diagnóstico para autorização prévia na **ELETROS-SAÚDE**, observado o Anexo III, que trata de Autorização Prévia.

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

Subseção III Da Acupuntura e Fisioterapia

Art. 41. Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia é necessária a solicitação médica, observado o Anexo III, que trata de Autorização Prévia.

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

§2º. Para fisioterapia buco-maxilo-facial é necessária a solicitação pelo Cirurgião-Dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e ou perícia odontológica.

Subseção IV Da Terapia Ocupacional

Art. 42. Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica na **ELETROS-SAÚDE**, observado o Anexo III, que trata de Autorização Prévia.

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

Seção V Das Coparticipações

Art. 43. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário/beneficiária titular, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

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

§2º. Para todos os serviços do plano **ES CEPEL**, a **ELETROS-SAÚDE** utilizará Guias padronizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, procedendo ao desconto do valor relativo à coparticipação em folha de pagamento de cada titular da **PATROCINADORA**.

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

§4º. A **PATROCINADORA** será reponsável pelo pagamento integral à **ELETROS-SAÚDE** dos valores referentes às coparticipações oriundas das utilizações de serviços por parte dos beneficiários inscritos no plano.

§5º. A **PATROCINADORA** ficará responsável por cobrar o valor da coparticipação do seu empregado de acordo com os critérios estabelecidos por ela.

CAPÍTULO XII DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 44. O plano **ES CEPEL** será custeado em regime de preço 'pós-estabelecido', na for-

ma de rateio, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, subitem 11.1.2.1) e alterações posteriores.

Art. 45. A **PATROCINADORA** arcará com o valor da contraprestação pecuniária, estabelecido após a realização das despesas com as coberturas asseguradas, mediante o repasse à **ELETROS-SAÚDE** do valor total das despesas oriundas dos serviços prestados aos beneficiários na forma deste Regulamento, acrescido dos demais valores descritos no convênio de adesão com a **ELETROS-SAÚDE**.

Parágrafo Único - A contraprestação pecuniária será parcialmente custeada pelos Beneficiários, conforme regras definidas no Anexo V deste Regulamento, que estabelece os critérios para contribuição mensal dos beneficiários titulares, em virtude de sua inscrição e de seus dependentes, e, ainda, por meio das coparticipações incidentes na utilização dos serviços, na forma do Anexo IV.

Art. 46. A participação dos beneficiários no custeio do plano obedecerá a Súmula nº 9/2005, que veda o repasse integral e individualizado dos custos dos serviços prestados aos beneficiários pela **PATROCINADORA**.

Art. 47. A **PATROCINADORA** reconhece como valores devidos à **ELETROS-SAÚDE**:

- 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;
- 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 pela 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-SAÚDE**, ainda que venham a ser cobrados após a rescisão do Convênio;

f) Valores decorrentes dos atendimentos prestados 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.

CAPÍTULO XIII DO REAJUSTE

Art. 48. O reajuste da tabela praticada entre a **ELETROS-SAÚDE** e seus prestadores de serviços assistenciais à saúde será aplicado anualmente na data de aniversário dos contratos, considerando a forma de reajuste eleita pelas partes no respectivo instrumento.

§1º. Para a manutenção da proporcionalidade entre a participação financeira da **PATROCINADORA** e do beneficiário titular – que contribui em valor fixo no custeio do Plano **ES CEPEL**, anualmente, será realizada uma avaliação atuarial que poderá indicar a necessidade de alteração das contribuições previstas no Anexo V, bem como das coparticipações estabelecidas no Anexo IV do presente Regulamento.

§2º. As alterações serão comunicadas pela **ELETROS-SAÚDE**, observando a regulamentação em vigor.

CAPÍTULO XIV DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 49. A contrapartida de responsabilidade do beneficiário é definida em função da faixa etária dos beneficiários inscritos e faixa salarial do titular, conforme plano de custeio anexo a este regulamento, que considera o disposto na legislação específica em vigor.

§1º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

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

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

- a)** O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b)** A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas; e
- c)** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

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

CAPÍTULO XV DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 50. O plano **ES CEPEL** destina-se exclusivamente a categoria de beneficiários titulares ativos e seus respectivos dependentes, sendo garantido o direito de manutenção de ex-empregados em outro plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente aos empregados inativos e seus dependentes, por opção e nos termos admitidos pela regulamentação da ANS.

Art. 51. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, ao ex-empregado aposentado e aos dependentes vinculados ao plano **ES CEPEL** o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

Art. 52. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XVI DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 53. Caberá à **PATROCINADORA** solicitar a exclusão de beneficiário, nas seguintes situações:

- I.** Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção em plano da **ELETROS-SAÚDE** exclusivo para Titulares com vínculo inativo, nos termos da regulamentação vigente; e
- II.** Perda da qualidade de Dependente, quando o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente.
- III.** A pedido do próprio beneficiário;

IV. Interrupção do pagamento das contribuições ou coparticipações, inclusive em função da inscrição de seus dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não por ano de vigência de sua inscrição.

§1º. Para proceder com a solicitação de exclusão de beneficiário titular tratado neste instrumento, a **PATROCINADORA** deverá obrigatória e expressamente informar à **ELETROS-SAÚDE**.

I. Se o beneficiário foi excluído por desligamento ou aposentadoria;

II. Se o beneficiário desligado se enquadra no Art. 31. da LEI nº 9.656.

III. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

§2º. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão de beneficiários titulares, mediante comprovação inequívoca de que o Titular foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário em plano da **ELETROS-SAÚDE**, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior.

Art. 54. A **ELETROS-SAÚDE** poderá excluir os beneficiários, sem a anuência da **PATROCINADORA**, nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da **ELETROS-SAÚDE**:

I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;

II. Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção em plano da **ELETROS-SAÚDE** exclusivo para Titulares com vínculo inativo, nos termos da regulamentação vigente;

III. Perda da qualidade de Dependente, no caso do beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente.

Parágrafo Único - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do dependente deverá ser comunicada pela **PATROCINADORA** à **ELETROS-SAÚDE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 55. Considera-se perda da qualidade de beneficiário titular:

I. Falecimento;

II. Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;

III. Decisão administrativa ou judicial;

IV. Voluntariamente, por opção do Titular; e

V. Outras situações previstas em Lei.

Art. 56. A exclusão do beneficiário titular implicará na automática exclusão de todos os Dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

Art. 57. Em caso de rescisão contratual com a **PATROCINADORA** e, cumpridos os procedimentos do plano **ES CEPEL**, realizados pelo beneficiário, esse tem direito ao reembolso das despesas realizadas até o último dia trabalhado.

§1º. Quando se tratar especificamente de tratamento odontológico, o titular e seus dependentes ficam sujeitos à auditoria final dos tratamentos realizados, devendo efetuar-la até o último dia de trabalho do titular, quando cumprir aviso prévio ou até a quitação da rescisão.

§2º. As despesas referentes à participação do titular, nos serviços faturados pelo plano **ES CEPEL** devem ser quitadas na rescisão contratual ou por meio de cobrança realizada via Nota de Débito, efetuada pela **ELETROS-SAÚDE** ou pela **PATROCINADORA**.

Art. 58. Quando da ocorrência da perda da qualidade de dependente, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora de saúde ou para outros planos da **ELETROS-SAÚDE**,

devendo, para tanto serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela RN nº 438/2018 e/ou alterações emanadas pela ANS.

Art. 59. Na hipótese de falecimento do titular será assegurado aos dependentes, devidamente cadastrados no plano **ES CEPEL**, a utilização desse benefício de acordo com Normativo Interno, com cobertura integral dos custos por parte da **PATROCINADORA**. Findo este prazo, a carteira de identificação do plano **ES CEPEL** de todos os seus beneficiários será cancelada.

Art. 60. A exclusão, nos termos tratados neste regulamento, não exime o beneficiário da obrigação de quitar eventuais débitos com a **ELETROS-SAÚDE**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO XVII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Das Obrigações

Art. 61. São obrigações da **PATROCINADORA**, de modo a assegurar a sustentabilidade deste plano:

I. Repassar para a **ELETROS-SAÚDE** os recursos financeiros para custeio do plano de acordo com o estabelecido neste Regulamento e no Convênio de Adesão;

II. Orientação quanto à interpretação e acompanhamento das disposições do plano **ES CEPEL**;

III. Análise de situações excepcionais; e

IV. Disponibilizar informações cadastrais dos empregados à **ELETROS-SAÚDE** para administração do plano.

Art. 62. São obrigações da **ELETROS-SAÚDE**:

I. Orientação e interpretação das disposições do plano, análise de casos especiais e promoção das respectivas soluções; e

II. Gestão do plano **ES CEPEL**.

Art. 63. São obrigações do Beneficiário Titular:

I. Utilizar o plano **ES CEPEL** com zelo, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;

II. Confirmar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais;

III. Atender os prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e/ou segunda opinião médica;

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

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

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

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

Seção II Das Penalidades

Art. 64. O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeita o beneficiário titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

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

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

II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento.

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

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

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

VI. Falsificar ou adulterar documentos; e

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

Art. 65. A **ELETROS-SAÚDE** poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao beneficiário titular, conforme a gravidade da falta cometida:

I. Advertência escrita;

II. Suspensão;

III. Exclusão.

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

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

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

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

Art. 66. Na hipótese de inadimplência do beneficiário em relação aos valores devidos ao plano, a **PATROCINADORA** poderá solicitar que sejam aplicadas as seguintes penalidades:

I. Suspensão do titular e dos seus dependentes do plano **ES CEPEL**, caso a inadimplência acumule 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos últimos 12 (doze) meses; e

II. Exclusão do titular e dos seus dependentes do plano **ES CEPEL**, caso a inadimplência acumule mais de 60 (sessenta) dias.

Seção III

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 67. Este regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 68. Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 69. Nenhuma responsabilidade caberá a **ELETROS-SAÚDE** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular, e de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do beneficiário.

Art. 70. A **ELETROS-SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 71. Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da **ELETROS-SAÚDE** e da **PATROCINADORA** fornecerão informações complementares a este regulamento.

Art. 72. Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da **ELETROS-SAÚDE**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 73. O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 1º de setembro de 2022, podendo ser revisado a qualquer tempo, objetivando as adequações necessárias para o funcionamento do plano de saúde.

Art. 74. Fica eleito o foro da comarca de residência do beneficiário, para dirimir quaisquer demandas sobre o presente regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

ANEXO I: DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Relação	Documentos Comprobatórios
Titular	Comprovação de vínculo formal com a PATROCINADORA RG e CPF Comprovante de residência Comprovante de domicílio bancário
Relação de Dependência	Documentos Comprobatórios
Cônjuge	Certidão de casamento; RG e CPF;
Companheiro	Certidão de União Estável emitida em cartório; RG e CPF;
Filho (incluído o adotivo) menor de 21 anos	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Enteado menor de 21 anos	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho (incluído o adotivo) menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1ª graduação)	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente.
Enteado menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1ª graduação)	Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente.
Curatelado	Decisão judicial nomeando o curador Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Menor sob guarda em processo de adoção	Decisão judicial comprobatória Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho portador de doença grave ou necessidade especial incapacitante	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos); Atestado médico comprovando a incapacidade
Genitor	RG e CPF; Cópia da Declaração de IR; Autorização formal da Patrocinadora não sendo aceitas adesões posteriores a outubro de 2021

ANEXO II: DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO

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

ANEXO III: DA LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Serviço	Prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS
Internações 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	
Sars-cov-2 (coronavírus Covid-19) Pesquisa por RT-PCR/Teste Sorológico (Pesquisa de anticorpos IgG ou anticorpos totais)	01 dia útil

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

Remoções Prazo para emissão de autorização: com a urgência possível, dependendo da necessidade apresentada. Procedimentos que requerem segunda opinião especializada para autorização prévia	
Cirurgias Buco Maxilares	05 dias úteis (prazo a contar do recebimento do parecer da segunda opinião)
Cirurgias e pequenos procedimentos dermatológicos	
Cirurgias Neurológicas	
Cirurgias Oftalmológicas Refrativas	
Cirurgias Oncológicas	
Cirurgias Ortopédicas	
Cirurgias Otorrinolaringológicas	
Cirurgias Plásticas Reparadoras	

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

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

ANEXO IV: DAS COPARTICIPAÇÕES

Crerios	Coparticipação	Limitador
Internaço psiquiátrica	50%	A partir do 31º dia de internaço
Procedimentos odontológicos	15%	-
Consultas; exames de qualquer natureza; tratamentos seriados; e terapia	15%	-
Demais procedimentos médico-ambulatoriais	15%	-
Quimioterapia; diálise; hemodiálise; e radioterapia	0%	-

Internações		
(Valor Inicial) de:	(Valor Final) até:	Coparticipação
R\$ 30,00	R\$ 500,00	R\$ 11,25
R\$ 500,01	R\$ 1.000,00	R\$ 22,50
R\$ 1.000,01	R\$ 2.000,00	R\$ 45,00
R\$ 2.000,01	R\$ 3.000,00	R\$ 67,50
R\$ 3.000,01	R\$ 4.000,00	R\$ 90,00
R\$ 4.000,01	R\$ 5.000,00	R\$ 112,50
R\$ 5.000,01	R\$ 7.500,00	R\$ 168,75
R\$ 7.500,01	R\$ 10.000,00	R\$ 225,00
R\$ 10.000,01	R\$ 15.000,00	R\$ 337,50

Internações		
(Valor Inicial) de:	(Valor Final) até:	Coparticipação
R\$ 15.000,01	R\$ 20.000,00	R\$ 450,00
R\$ 20.000,01	R\$ 30.000,00	R\$ 675,00
R\$ 30.000,01	R\$ 40.000,00	R\$ 900,00
R\$ 40.000,01	R\$ 50.000,00	R\$ 1.125,00
R\$ 50.000,01	R\$ 60.000,00	R\$ 1.350,00
R\$ 60.000,01	R\$ 70.000,00	R\$ 1.400,00
R\$ 70.000,01	R\$ 80.000,00	R\$ 1.600,00
R\$ 80.000,01	R\$ 90.000,00	R\$ 1.800,00
R\$ 90.000,01	R\$ 100.000,00	R\$ 2.000,00
Maior que R\$ 100.000,01		R\$ 2.500,00

ANEXO V: DO PLANO DE CUSTEIO

Dispõe sobre os percentuais e valores de contribuição a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, estabelecidos para o custeio do plano **ES CEPEL**.

Considerando o disposto no regulamento do plano **ES CEPEL**, fica instituído o presente plano de custeio, com as regras e valores de contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes.

Art. 1º. Para participar do plano **ES CEPEL** o beneficiário titular contribuirá mensalmente com o custeio do plano, por si e por seus dependentes, no valor especificado na tabela de preços do plano vigente à época de sua adesão:

Faixa etária	Preço "cheio" (custo CEPEL + empregado)	Mensalidade a ser paga pelo empregado do CEPEL de acordo com sua renda.						
		Até R\$ 6.167,15	De R\$ 6.167,16 até R\$ 11.213,00	De R\$ 11.213,01 até R\$ 13.679,86	De R\$ 13.679,87 até R\$ 16.819,50	De R\$ 16.819,51 até R\$ 19.622,75	De R\$ 19.622,75 até R\$ 24.668,60	Acima de R\$ 24.668,60
0-18	R\$ 272,57	R\$ 10,03	R\$ 27,74	R\$ 45,46	R\$ 63,18	R\$ 80,89	R\$ 98,61	R\$ 116,33
19-23	R\$ 327,09	R\$ 12,04	R\$ 33,29	R\$ 54,56	R\$ 75,81	R\$ 97,08	R\$ 118,34	R\$ 139,60
24-28	R\$ 395,22	R\$ 14,54	R\$ 40,23	R\$ 65,92	R\$ 91,61	R\$ 117,30	R\$ 142,99	R\$ 168,68
29-33	R\$ 476,99	R\$ 17,55	R\$ 48,56	R\$ 79,56	R\$ 110,57	R\$ 141,57	R\$ 172,58	R\$ 203,58
34-38	R\$ 586,02	R\$ 21,57	R\$ 59,65	R\$ 97,75	R\$ 135,84	R\$ 173,92	R\$ 212,02	R\$ 250,11
39-43	R\$ 708,68	R\$ 26,07	R\$ 72,14	R\$ 118,21	R\$ 164,27	R\$ 210,34	R\$ 256,39	R\$ 302,46
44-48	R\$ 872,22	R\$ 32,09	R\$ 88,79	R\$ 145,48	R\$ 202,18	R\$ 258,88	R\$ 315,57	R\$ 372,26
49-53	R\$ 1.049,39	R\$ 38,62	R\$ 106,82	R\$ 175,04	R\$ 243,25	R\$ 311,45	R\$ 379,67	R\$ 447,88
54-58	R\$ 1.281,07	R\$ 47,14	R\$ 130,41	R\$ 213,68	R\$ 296,95	R\$ 380,23	R\$ 463,49	R\$ 546,76
Acima 59	R\$ 1.629,96	R\$ 59,99	R\$ 165,93	R\$ 271,88	R\$ 377,83	R\$ 483,77	R\$ 589,72	R\$ 695,67

§1º. A base de cálculo para definição do valor da contribuição mensal ao plano **ES CEPEL**, parte do beneficiário titular, considerará:

- I.** Empregados ativos, inclusive aqueles cedidos pela **PATROCINADORA**: o valor da **Remuneração de Referência** paga pela **PATROCINADORA**;
- II.** Dirigentes (Presidente, Diretores: o valor dos honorários recebido junto à **PATROCINADORA**, de modo análogo ao estabelecido na **Remuneração de Referência** da **PATROCINADORA**; e
- III.** Aposentados por invalidez e Aposentados por acidente do trabalho: o valor do **salário benefício** recebido junto ao INSS e Fundação CEPEL de Seguridade Social - Eletros.

§2º. A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, observará os seguintes critérios:

I. Faixa salarial do beneficiário titular; e

II. Faixa etária dos beneficiários inscritos pelo beneficiário titular, incluindo ele próprio.

§3º. A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, observará os seguintes critérios:

Art. 2º. O reajuste dos valores constantes da tabela do Anexo V, referente às contribuições do plano de custeio do plano de saúde plano **ES CEPEL**, será realizado anualmente, especificadamente no mês de maio, possuindo como parâmetro o estudo anual atuarial.

Art. 3º. Este plano de custeio entrará em vigor em 1º de maio de 2022, vigorando até 30 de abril de 2023.



www.eletrossaude.com.br

ANS – n.º 42.207-0