

Regulamento Eletros-Saúde Assistidos



Eletros-Saúde
Associação de Assistência à Saúde

Sumário

CAPÍTULO I - DA OPERADORA	3
CAPÍTULO II - DO OBJETO	3
CAPÍTULO III - DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO	4
CAPÍTULO IV - DAS CARACTERÍSTICAS	8
CAPÍTULO V - DOS USUÁRIOS	9
CAPÍTULO VI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	11
CAPÍTULO VII - DA ADESÃO E EXCLUSÃO	14
CAPÍTULO VIII - DO CUSTEIO DO PLANO	16
CAPÍTULO IX - DAS CARÊNCIAS	18
CAPÍTULO X - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS	19
CAPÍTULO XI - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	38
CAPÍTULO XII - DA ADMINISTRAÇÃO	40
CAPÍTULO XIII - DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	40
CAPÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS	41
ANEXO I - TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE ASSISTIDOS	41
ANEXO II - APLICAÇÃO DE PENALIDADES A USUÁRIOS	43
ANEXO III - COBERTURAS ODONTOLÓGICAS	45
ANEXO IV - COBERTURAS ADICIONAIS ELETROS-SAÚDE ASSISTIDOS	47
ANEXO V - LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	49
ANEXO VI - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	51
ANEXO VII - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA	53

CAPÍTULO I DA OPERADORA

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

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

Art. 2º. É CONVENIADA do programa de assistência à saúde a Fundação Eletrobrás de Seguridade Social – **ELETROS**, Entidade Fechada de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ sob o nº 34.268.789/0001-88, localizada na Avenida Marechal Floriano, nº 19 – 27º e 28º Andares, Centro, CEP: 20.080-003, no município do Rio de Janeiro – RJ.

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

Art. 3º. O programa de assistência à saúde tratado neste instrumento é denominado Eletros-Saúde Assistidos e está registrado na ANS sob o nº 467.578/12-9, possuindo como características gerais:

I. Tipo de contratação: Coletivo Empre-

sarial;

II. Segmentação assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;

III. Área geográfica de abrangência: Estadual;

IV. Área de Atuação: Rio de Janeiro;

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

VI. Formação do Preço: Pré-estabelecido.

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

CAPÍTULO II DO OBJETO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no Inciso I, do Artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vi-

gente à época do evento.

CAPÍTULO III DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO

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

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

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

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

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

V - Assistidos - são os aposentados e pensionistas que tiveram vínculo empregatício com as Patrocinadoras da Eletros-

-Saúde;

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

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

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

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

X - Carência - é o período de tempo, contado a partir da data de início de vigência da inscrição na Eletros-Saúde, conforme Artigo 9º, Parágrafo Único, deste Regulamento, durante o qual o usuário titular e seus dependentes deverão permanecer ininterruptamente no plano, sem direito às coberturas;

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

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

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

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

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

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

XVII - Convênio de Reciprocidade - é o convênio firmado pela Eletros-Saúde com outras operadoras de planos de assistência à saúde, visando assegurar o atendimento médico-hospitalar para os seus usuários em trânsito que tiverem necessidade de atendimento de urgência e emergência;

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

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

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

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

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

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

XXIII - Hospital - é o estabelecimento legalmente constituído, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos. Um hospital, para efeito de reconhecimento por este Regulamento, precisa manter pacientes regularmente, dia e noite, possuir instalações para diagnósticos, cirurgia e terapia sob supervisão de uma equipe de médicos, e propiciar serviços regulares de enfermagem durante as 24 horas do dia, prestado por enfermeiros(as) e auxiliares de enfermagem profissionalmente habi-

litados. Não se enquadram nesta definição, instituições como casa de repouso, casa de convalescência, casa de pessoas idosas, clínicas para tratamento estético e de obesidade (spas);

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

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

XXVI - Internação - evento hospitalar com admissão do paciente para ocupar um leito (e diária) por um período superior a 12 (doze) horas, com finalidade de realizar procedimentos de natureza terapêutica e/ou diagnóstica cujas condições do paciente, evoluções do quadro, complexidade do tratamento, não permitam a realização em nível ambulatorial ou domiciliar;

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

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

XXIX - Medicamentos Especiais - são os medicamentos de alto custo;

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

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

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

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

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

XXXV - Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Assistidos - informa os percentuais de cobertura assistencial dos grupos de serviços previstos neste Regulamento considerando a incidência dos múltiplos de reembolso e dos percentuais de participação dos usuários nas despesas assistenciais;

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

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

CAPÍTULO IV DAS CARACTERÍSTICAS

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

I. Ser destituído de fins lucrativos;

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

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

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

V. Reembolsar total ou parcialmente as despesas dos seus usuários titulares, seus cônjuges e filhos, relativas à assistência médico-hospitalar e odontológica, consultas médicas, exames diagnósticos, internações e tratamentos, despesas odontológicas descritas neste Regulamento, quando não for utilizada a rede creden-

ciada da Eletros-Saúde, bem como as despesas de medicamentos e aparelhos corretivos, sempre obedecendo a Tabela de Cobertura para reembolso;

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

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

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

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

Parágrafo Único – A data de início de vigência da inscrição no Eletros-Saúde As-

sistidos, inclusive para contagem de período de carência para cada usuário, será considerada como o primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação formal, desde que esta solicitação tenha sido feita até o dia 5 (cinco) de cada mês.

CAPÍTULO V DOS USUÁRIOS

Art. 10º. Podem aderir ao Eletros-Saúde Assistidos:

I. Na qualidade de usuário titular:

- os ex-empregados, os ex-diretores e os ex-administradores da ELETROS e de outras CONVENIADAS;
- os assistidos da ELETROS e de outras CONVENIADAS.

II - Na qualidade de usuário dependente do titular: - o cônjuge;

- o companheiro, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- os filhos naturais ou adotivos, solteiros e até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos;
- os filhos naturais ou adotivos, solteiros, entre 21 (vinte e um) anos e 24 (vinte e quatro) anos de idade **incompletos**, se universitários, desde que comprovem, anualmente até o mês de março do ano corrente, a respectiva matrícula em curso superior;
- o filho inválido, desde que seja comprovada a invalidez por laudo emitido pelo

INSS e apresentada a cópia da documentação emitida pelo Poder Judiciário com atribuição da curatela;

- o menor que esteja sob tutela do titular.

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

Art. 11º. É assegurada a inscrição:

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

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

III. Do menor que esteja sob tutela do titular.

§1º. A inscrição desses usuários fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 12º. São obrigações dos usuários:

I. Manter-se informado sobre o Regulamento do Eletros-Saúde Assistidos, zelando por sua correta aplicação;

II. Efetuar o pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, es-

tas de acordo com os critérios estabelecidos no Art. 30, Parágrafo 2º;

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

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

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

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

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

Art. 13º. São direitos dos usuários:

- I.** Obter informações quanto às despesas relativas à sua assistência e a de seus dependentes;
- II.** Ser comunicado de todas as alterações deste
- III.** Ter acesso ao cadastro da rede credenciada.

Art. 14º. Os usuários do Eletros-Saúde Assistidos estão sujeitos às penalidades de advertência escrita, suspensão ou cancelamento da inscrição por faltas cometidas, nos termos elencados no Anexo II deste Regulamento que trata da aplicação de penalidades a usuários.

CAPÍTULO VI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 15º. A Eletros-Saúde disponibilizará aos beneficiários a Carteira de Identificação eletrônica, em conformidade com os padrões vigentes à época –, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens do plano Eletros-Saúde Assistidos, podendo a Eletros-Saúde adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

§1º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do plano Eletros-Saúde Assistidos 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.

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

SEÇÃO II - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

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

§1º. Na hipótese de o usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço.

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

SEÇÃO III - REDE CREDENCIADA

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

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

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

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

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

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

II. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da Eletros-Saúde, durante período de internação de algum usuário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospita-

lar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Eletros-Saúde providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência;

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

SEÇÃO IV - COPARTICIPAÇÃO

Art. 19º. Será cobrada coparticipação de acordo com o previsto na Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Assistidos, na utilização pelos usuários dos procedimentos abaixo relacionados:

I. Exames: 25%;

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

III. Demais Despesas Ambulatoriais, com exceção das consultas médicas, tratamentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise: 25%;

IV. Odontologia: 25%;

V. Medicamentos: 50%;

VI. Aparelhos Corretivos: 50%;

VII. Armações e lentes: 50%;

VIII. Próteses Corretoras da Audição: 50%;

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

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

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

SEÇÃO V - AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 20º. Cabe ao prestador credenciado solicitar à Eletros-Saúde a autorização prévia para Internações, Exames, Tratamentos e Procedimentos, de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo V deste Regulamento, que trata de autorização prévia, à exceção dos procedimentos que necessitem de segunda opinião médica ou laudo complementar, de acordo com a avaliação da área médica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VII DA ADESÃO E EXCLUSÃO

SEÇÃO I - DA ADESÃO DO USUÁRIO OU DEPENDENTE

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

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

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

Art. 23º. O usuário titular poderá alterar a relação de dependentes por ele inscritos, dentro do elenco taxativo de dependentes disposto neste Regulamento, não podendo haver mais de um dependente da

categoria cônjuge/companheiro(a).

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

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

Art. 24º. No caso de falecimento do usuário titular, o dependente cônjuge inscrito na forma deste Regulamento, poderá passar, conforme disposto no Art. 26, Parágrafo 4º, deste Regulamento, à condição de titular no produto específico da Eletros-Saúde, podendo optar por manter como seus, os dependentes ou vinculados inscritos pelo usuário falecido.

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

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

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

I. Falecer;

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

III. Que perder a qualidade de titular;

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

V. A pedido do usuário titular;

VI. Deixar de pagar 2 (duas) contribuições mensais/ coparticipações consecutivas ou não.

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

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

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

§4º. No caso de falecimento do usuário titular, tendo o seu dependente cônjuge optado por permanecer como usuário de um dos planos da Operadora, conforme disposto no Art. 24, deverá enviar à Eletros-Saúde a ficha de adesão ao plano na

categoria de titular, e, verificada a existência de débitos do titular falecido com a Eletros-Saúde, preencher o Termo de Ciência e Concordância, Anexo IV deste Regulamento, para transferência dos débitos para a nova inscrição.

§5º. No caso de falecimento do usuário titular, tendo o dependente optado por não permanecer como usuário no programa de assistência à saúde, as coparticipações devidas serão abatidas por ocasião do recebimento de qualquer valor previdenciário junto a Eletros ou cobradas do espólio.

§6º. No caso de falecimento do usuário titular sem dependentes inscritos no programa de assistência à saúde, as coparticipações devidas serão abatidas por ocasião do recebimento de qualquer valor previdenciário junto a ELETROS ou cobradas do espólio.

CAPÍTULO VIII DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 27º. O programa de assistência à saúde será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, nº 1) e alterações posteriores.

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

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

II. Coparticipação dos usuários;

III. Resultados dos investimentos dos fundos;

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

Art. 29º. O plano de custeio do Eletros-Saúde Assistidos deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos usuários, valores de coparticipação e eventuais novas fontes de receita.

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

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

Art. 30º. Os usuários estão obrigados ao pagamento das contribuições mensais e das coparticipações estipuladas neste Regulamento, sujeitando-se, em caso de atraso à incidência de juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês, calculado por dia de atraso e a multa de 2% (dois por cento).

§1º. Cabe ao usuário, o pagamento da coparticipação pela utilização da Eletros-Saúde, através da modalidade de cobrança escolhida na ocasião de sua adesão.

§2º. O saldo da coparticipação quando não quitado à vista receberá correção mensal pelo INPC, sendo cobrado de acordo com os seguintes critérios:

I. No caso do valor do débito ser menor ou igual a 1 (uma) mensalidade, será realizado o desconto integral do saldo devedor;

II. No caso do valor do débito ser maior que 1 (uma) e menor que 15 (quinze) mensalidades, será realizado o desconto de 1 (uma) mensalidade até a quitação do saldo devedor;

III. No caso do valor do débito ser maior que 15 (quinze) e menor que 30 (trinta) mensalidades, o desconto será calculado como sendo o resultado do saldo total do débito dividido por 15 (quinze);

IV. No caso do valor do débito ser maior que 30 (trinta) mensalidades, haverá o desconto de 2 (duas) mensalidades, até a quitação integral do saldo devedor.

Art. 31º. Qualquer reajuste aplicado ao programa de assistência à saúde deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Art. 32º. Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do programa de assistência à saúde, bem como

estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais.

Art. 33º. A contribuição mensal prevista no presente instrumento corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, não sendo variável em virtude de mudança de faixa etária do usuário.

Art. 34º. Os valores das contribuições mensais, definidos no plano de custeio, serão reajustados no mês de dezembro de cada ano, pela variação positiva do FIPE-SAÚDE, divulgado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 01 (um) mês, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

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

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

Art. 35º. Os valores das contribuições mensais, definidos no plano de custeio, serão revistos no momento da aplicação da modalidade de reajuste estipulada no artigo anterior, em virtude de:

I. Aumento da sinistralidade;

II. Aumento considerável dos custos médicos;

III. Alteração sensível na composição dos usuários.

Art. 36º. A cada 12 (doze) meses será efetuada a avaliação do plano de custeio referente ao exercício anterior, considerando a totalidade da massa de usuários vinculada aos programas de assistência à saúde oferecidos pela Eletros-Saúde, que poderá indicar a necessidade de aplicação de reajuste técnico e/ou revisão da forma de custeio.

Art. 37º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente instrumento.

Art. 38º. Independente da data de adesão do usuário, os valores das contribuições mensais terão o primeiro reajuste integral no mês de dezembro de cada ano, entendendo esta como data base única.

CAPÍTULO IX DAS CARÊNCIAS

Art. 39º. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o usuário não terá direito às coberturas oferecidas pelo Eletros-Saúde Assistidos. O direito de atendimento ao usuário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após o cumprimento das carências a seguir especificadas, contadas da data de sua última inscrição na Eletros-Saúde, de acordo com o estabelecido pelo Art.

9º, Parágrafo Único deste Regulamento, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente o Inciso V, Art. 12 da Lei nº 9.656/98:

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

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

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

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

§1º. É isento do cumprimento dos períodos de carência:

I. O titular e seus dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura em que foi concedido o benefício previdenciário ou da perda do vínculo empregatício para os ex-empregados elegíveis conforme este Regulamento;

II. O dependente cuja inscrição no Eletros-Saúde Assistidos ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível; Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e

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

§2º. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, a data do óbito para a inscrição de pensionista etc.

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

CAPÍTULO X DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art. 40º. A Eletros-Saúde cobrirá os custos, em conformidade com os prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos usuários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, 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, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam à Eletros-Saúde e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUTs) e com as Diretrizes Clínicas (DC).

SEÇÃO I - DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS

Art. 41º. A cobertura ambulatorial compreende:

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

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

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

IV. Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, limitados ao número de sessões estabelecidas no Rol de Proce-

dimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, bem como de acordo com as DUTs vigentes, desde que solicitadas pelo médico assistente;

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

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

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

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

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

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

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

X. Hemoterapia ambulatorial;

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

SEÇÃO II - DAS COBERTURAS HOSPITA- LARES

Art. 42º. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. Internações hospitalares de todas as modalidades previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, em número

ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente, mediante solicitação de autorização prévia;

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

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

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

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

VI. Acomodação para o acompanhante do usuário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, incluído café da manhã, salvo contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal ou similares;

VII. Alimentação fornecida pelo hospi-

tal ao acompanhante do usuário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal ou similares;

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

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

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

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

IX. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedi-

mentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação do paciente, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

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

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

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

atos praticados;

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

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

- a)** Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b)** Quimioterapia oncológica ambulatorial de acordo com os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para a patologia;
- c)** Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d)** Hemoterapia;
- e)** Nutrição parenteral ou enteral;
- f)** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- g)** Embolizações respeitadas as DUTs previstas no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

- h)** Radiologia intervencionista;
- i)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j)** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

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

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

XIV. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as DUTs, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a)** Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da

operadora de planos privados de assistência à saúde do usuário receptor;

- b)** Medicamentos utilizados durante a internação;
- c)** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, que serão cobertos de acordo com os critérios vigentes;
- d)** Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

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

- e)** O usuário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
- f)** As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o Regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

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

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

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

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

Art. 43º. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a in-

ternação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

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

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

Parágrafo Único - Haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do usuário, não cumulativos.

Art. 44º. O presente Regulamento garante, ainda:

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

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

III. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento respeitados os conceitos de medicina baseada em evidência, não sendo cobertas as que não tenham respaldo das Sociedades e Órgãos de Classe;

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

SEÇÃO III - DAS COBERTURAS ODONTOLÓGICAS

Art. 45º. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no Art. 12, Inciso IV, da Lei nº 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e suas respectivas DUTs, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de

serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação de procedimentos a seguir:

I. Diagnóstico:

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

II. Radiologia:

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

III. Prevenção em Saúde Bucal:

- a)** Atividade Educativa em Saúde Bucal;
- b)** Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c)** Aplicação Tópica de Flúor;
- d)** Profilaxia – polimento coronário;
- e)** Aplicação de selante;

f) Dessensibilização dentária;

g) Remineralização dentária.

IV. Dentística:

a) Aplicação de carióstático;

b) Adequação do meio bucal;

c) Restauração em amálgama;

d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;

e) Núcleo de preenchimento;

f) Ajuste oclusal;

g) Restauração em ionômero de vidro;

h) Restauração em resina fotopolimerizável;

i) Restauração temporária /tratamento expectante;

j) Tratamento restaurador atraumático;

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

V. Periodontia:

a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;

b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal; c) Imobilização dentária;

c) Gengivectomia/gengivoplastia;

d) Aumento de coroa clínica;

e) Cunha proximal;

f) Cirurgia periodontal a retalho;

g) Tratamento de abscesso periodontal.

VI. Endodontia:

a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;

b) Pulpotomia;

c) Remoção de corpo estranho intracanal;

d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;

e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;

f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;

g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;

h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;

i) Remoção de núcleo intra-canal;

j) Remoção de peça/trabalho protético.

VII. Cirurgia:

- a)** Alveoloplastia;
 - b)** Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
 - c)** Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
 - d)** Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
 - e)** Cirurgia para tórus/exostose;
 - f)** Exérese ou Excisão de mucocèle, rândula ou cálculo salivar;
 - g)** Exodontia a retalho;
 - h)** Exodontia de raiz residual;
 - i)** Exodontia simples de permanente;
 - j)** Exodontia simples de decíduo;
 - k)** Redução de fratura alvéolo dentária;
 - l)** Frenotomia/Frenectomia labial;
 - m)** Frenotomia/Frenectomia lingual;
 - n)** Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
 - o)** Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
 - p)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila;
 - q)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região bucomaxilo-facial;
 - r)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
 - s)** Ulectomia/ulotomia;
 - t)** Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
 - u)** Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila;
 - v)** Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
 - w)** Aprofundamento/aumento de vestibulo;
 - x)** Bridectomia/bridotomia;
 - y)** Odonto-seção;
 - z)** Redução de luxação da ATM.
- VIII. Prótese Dental:**
- a)** Coroa unitária provisória com ou sem pino/ provisório para preparo de RMF;
 - b)** Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
 - c)** Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui peça protética;
 - d)** Reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui peça protética;
 - e)** Reabilitação com núcleo metálico fundido/ núcleo pré-fabricado - inclui

a peça protética;

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

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

SEÇÃO IV - DAS COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 46º. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário titular e seus dependentes com assistência à saúde, em função de atendimentos de urgência e emergência prestados fora da área de atuação do produto Eletros-Saúde Assistidos, limitado às Tabelas de Cobertura do Eletros-Saúde Assistidos e de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde.

Art. 47º. Será garantido o reembolso para as coberturas relacionadas a seguir:

I. Medicamentos: despesas realizadas com a compra de medicamentos (que tenham registro na ANVISA para comercialização), com receita médica original e acompanhadas de nota fiscal, desde que sejam objeto de cobertura, inclusi-

ve quando adquiridos em farmácia conveniada, observado o Anexo VI que trata do Rol de medicamentos não cobertos pela Eletros-Saúde. Não serão cobertas prescrições codificadas, não legíveis, manipuladas ou em quantidade superior ao prescrito. Para fim de reembolso é necessário apresentar a Nota Fiscal referente à aquisição do medicamento ou o documento fiscal eletrônico emitido no link <https://consultadfe.fazenda.rj.gov.br/consultaDfe/paginas/consultaChaveAcesso.faces>;

II. Aparelhos corretivos: despesas realizadas com a compra de aparelhos necessários a suprir deficiências (óculos, lentes de contato, prótese auditiva, aluguel de muletas, aluguel de cadeira de rodas), limitadas às Tabelas de Cobertura do Eletros-Saúde Assistidos e de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde, desde que indicados pelo médico e após avaliação e autorização da auditoria médica do Plano;

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

Art. 48º. Os medicamentos adquiridos em farmácia conveniada deverão observar os mesmos critérios estabelecidos quando comprados em farmácia de livre

escolha, conforme Art. 47, Inciso I.

Art. 49º. Os pedidos de reembolso das despesas com as coberturas previstas nesta Seção serão processados em conformidade com o disposto na Seção V, Capítulo X, que trata das Coberturas Assistenciais.

Art. 50º. Haverá cobertura adicional para os procedimentos relacionados a seguir, observadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento para a cobertura dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

I. Escleroterapia de varizes: desde que solicitadas pelo médico assistente, sendo limitadas a 8 (oito) sessões por mês, 24 (vinte e quatro) por ano e em 4 (quatro) anos por vida, limitadas a 96 (noventa e seis) sessões por vida, não prorrogáveis independentemente da indicação clínica;

II. Remoção Terrestre, mediante apresentação de nota fiscal de serviço discriminada, desde que haja recomendação médica, autorização da Eletros-Saúde ou de entidade por ela designada e que o veículo utilizado seja adequado à remoção do usuário, não havendo cobertura para transporte de paciente com alta hospitalar para o domicílio;

III. Internação Domiciliar, de acordo com os critérios de elegibilidade técnico administrativos da Eletros-Saúde, não sendo objeto de cobertura o serviço de cuidador.

SEÇÃO V - DO REEMBOLSO

Art. 51º. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde prevista no presente instrumento, quando o usuário for atendido fora da rede credenciada da Eletros-Saúde, observando que:

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

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

§1º. Serão observados os critérios definidos nas Tabelas de Cobertura do Eletros-Saúde Assistidos e de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde, tendo como base a data do evento, e o disposto no Capítulo VI, Seção V e Anexo.

§2º. O pagamento do reembolso será limitado ao valor previsto na Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-

-Saúde, que não será inferior ao valor praticado pela Eletros-Saúde junto à sua rede de prestadores, devendo ser descontados os valores devidos pelo usuário a título de coparticipação.

§3º. Os reembolsos serão efetuados através de crédito em conta corrente do usuário titular no prazo máximo de 7 (dias) dias úteis a contar da data da apresentação de todos os documentos exigidos. No caso de reembolso passível de avaliação médica ou odontológica, segundo parecer médico ou odontológico, averiguação complementar ou apresentação de relatório do médico, o prazo para efetuar o reembolso será contado a partir do cumprimento das exigências solicitadas.

§4º. Não serão reembolsadas as despesas efetuadas junto a rede de serviço credenciada da Eletros-Saúde, salvo casos excepcionais que, com justificativa, serão analisadas pela Eletros-Saúde.

Art. 52º. O pedido de reembolso deverá ser feito pelos canais apropriados, divulgados pela Eletros-Saúde, observando as regras e documentos exigidos.

§1º. O usuário terá o prazo máximo de 12 (doze) meses a contar da data de realização do procedimento ou da aquisição do medicamento para apresentação da requisição para processamento de reembolso.

§2º. Caso o pedido de reembolso não esteja em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Regulamento, o usuário poderá reapresentá-lo, mantendo-se o prazo original de 12 (doze) me-

ses após a realização do procedimento.

§3º. Eventuais débitos do usuário titular com a Operadora serão compensados com os valores a serem reembolsados pela Eletros-Saúde.

Art. 53º. A Receita Saúde ou nota fiscal que apresentar mais de uma consulta ou sessão, deve ter discriminadas as datas dos atendimentos, bem como sua data de emissão.

Art. 54º. A receita médica tem validade de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão. Terá validade de 180 (cento e oitenta) dias a receita médica destinada, exclusivamente, aos casos de hipertensão arterial e diabetes, com a necessidade de utilização de medicamentos de uso contínuo, atestada pelo médico assistente na própria receita. Nos casos não definidos nos critérios acima, a receita deverá ter compatibilidade com a quantidade e data de aquisição.

Art. 55º. O receituário para compra de medicamento deve conter as seguintes informações de forma legível:

- nome completo do usuário;
- nome do profissional;
- prescrição e quantidade do medicamento a ser adquirido;
- data;
- assinatura do profissional e carimbo;

- número de registro no Conselho da categoria;

- prescrição do medicamento com a respectiva posologia, tempo de utilização e/ou número de apresentações comerciais (caixas, frascos, tubos).

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

Art. 56º. A cobertura de medicamentos deve ser feita mediante a apresentação de prescrição descritiva e não codificada, acompanhada da nota fiscal e cupom fiscal contendo denominação, quantidade e preço e eventuais descontos concedidos para cada medicamento.

§1º. A nota fiscal deverá ser compatível com a quantidade de medicamentos prescritos.

§2º. A compra não pode ser superior a utilização de 180 dias quando medicação de uso contínuo, e deverá observar os critérios estabelecidos no Artigo 54.

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

Art. 57º. O usuário deve apresentar os documentos comprobatórios das despesas efetuadas e reter os originais por um prazo de 5 (cinco) anos para eventual auditoria da Eletros-Saúde.

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

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

§3º. Somente é permitida a declaração do beneficiário no caso de nome incompleto.

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

Art. 58º. O Receita Saúde, Recibo Eletrônico de Prestação de Serviços de Saúde, emitido por dentistas; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; psicólogos; e terapeutas ocupacionais, deve conter:

- nome completo do usuário (pagador) e CPF;

- nome completo do usuário(beneficiário) e CPF;

- nome completo do profissional, CPF e número de registro no Conselho da categoria;

- data de atendimento e descrição do

serviço, devendo necessariamente ser informada a especialidade do profissional em caso de consulta médica.

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

§2º. Caso o serviço tenha sido realizado por profissional (pessoa física) que não se enquadra nas categorias listadas no caput do art. 58, além das informações listadas, o recibo apresentado deverá ter a assinatura e carimbo do profissional executante. No caso de tratamento seriado devem ser informadas a quantidade de sessões realizadas e as datas de realização.

Art. 59º. A nota fiscal emitida por instituição (pessoa jurídica) deve conter:

- nome legível da instituição ou estabelecimento;
- endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da instituição ou estabelecimento;
- nome completo do usuário atendido;
- quantidade de serviços prestados ou produtos adquiridos ou materiais ou medicamentos utilizados e respectivos valores;
- descrição detalhada dos serviços realizados ou produtos adquiridos ou materiais ou medicamentos;

- especialidade do profissional, no caso de consulta médica ou odontológica;

- data de emissão ou realização ou utilização do tratamento, material ou medicamento.

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

Art. 60º. A requisição de exame complementar deve conter:

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

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

Art. 61º. No caso de imobilizações gessadas, a comprovação das despesas deve ser feita mediante apresentação de nota fiscal discriminando os serviços e os materiais utilizados, acompanhada de indicação de médico especialista.

§1º. A comprovação das despesas de imobilizações não gessadas deve ser feita mediante apresentação de nota fiscal de venda de mercadorias, acompanhada de indicação de médico especialista, que será analisada a pela área médica da Eletros-Saúde.

§2º. A cobertura das despesas com imobilizações deve ter como base as tabelas vigentes na Eletros-Saúde.

Art. 62º. Para a solicitação de reembolso de honorários médicos em internação hospitalar eletiva coberta por outra Operadora de Saúde, é obrigatório que o usuário solicite autorização prévia à Eletros-Saúde, conforme estabelecido no Anexo V. A inobservância desta obrigatoriedade impossibilitará o reembolso.

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

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

§3º. A documentação apresentada será

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

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

Art. 63º. A Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde está registrada no 18º Ofício de Notas, estando também disponível na sede da Eletros-Saúde e no Portal da Operadora www.eletrossaude.com.br.

Parágrafo Único - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde podem ser obtidos na sede da Eletros-Saúde ou pelo telefone 21 3900-3132.

SEÇÃO VI - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 64º. Considera-se:

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

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

III. Atendimento de urgência/emergência odontológico:

a) Controle de hemorragia com ou sem

aplicação de agente hemostático;

b) Tratamento de odontalgia aguda;

c) Imobilização dentária temporária;

d) Recimentação de peça/trabalho protético;

e) Tratamento de alveolite;

f) Colagem de fragmentos dentários;

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

h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 65º. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 horas da adesão do usuário à Eletros-Saúde;

II. Depois de cumpridas 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 12 (doze) horas, ou

até que ocorra a necessidade de internação;

IV. Depois de cumpridas as carências de 180 (cento e oitenta) dias, 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 de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

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

SEÇÃO VII - DA REMOÇÃO

Art. 66º. Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência da Eletros-Saúde e conforme regras previstas nesta Seção.

§1º. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da Eletros-Saúde, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergên-

cia, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

§2º. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do usuário estar cumprindo período de carência para internação.

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

Art. 67º. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

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

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

III. Na remoção, a Eletros-Saúde deverá disponibilizar ambulância com os recur-

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

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

SEÇÃO VIII - EXCLUSÃO DE COBERTURA

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

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

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

III. Exames e prescrições medicamento-

sas solicitadas e/ou efetuadas por nutricionistas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogos;

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

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

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

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

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

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

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

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

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

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

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

XV. Serviços de cuidador, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI. Inseminação artificial, entendida

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

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

XVIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XIX. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XX. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

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

XXII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, ressalvados os procedimentos previstos na Cobertura Adicional

nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;

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

XXIV. Despesas com transporte aeromédico;

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

XXVI. Cirurgia para mudança de sexo;

XXVII. Avaliação pedagógica;

XXVIII. Orientações vocacionais;

XXIX. Especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;

XXX. Remoção domiciliar;

XXXI. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo; Exames para renovação de carteira nacional de habilitação;

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

XXXIII. Implantes e transplantes ósseos;

XXXIV. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XXXV. Serviços com materiais importa-

dos ou metais nobres;

XXXVI. Clareamento dentário extrínseco;

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

XXXVIII. Despesas de atendimentos médicos realizados no exterior;

XXXIX. Guarda de cordão umbilical.

CAPÍTULO XI DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 69º. No momento da adesão ao presente instrumento, o usuário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral da Eletros-Saúde, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do Art. 13 da Lei nº 9.656/98.

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

§2º. O usuário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico auditor da Eletros-Saúde, sem qualquer ônus para o usuário.

§3º. Caso o usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lis-

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

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

Art. 70º. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Eletros-Saúde oferecerá a cobertura parcial temporária.

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

Art. 71º. 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 através de exames médicos de avaliação exigidos pela Eletros-Saúde para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 72º. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como estão disponíveis para consulta e cópia no Portal da Eletros-Saúde.

Art. 73º. Exercendo prerrogativa legal, a Eletros-Saúde não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 74º. Identificado indício de fraude por parte do usuário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Eletros-Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao usuário através de Termo

de Comunicação ao Usuário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do usuário à cobertura parcial temporária.

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

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

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

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

§5º. Após julgamento, e acolhida a alegação da Eletros-Saúde, pela ANS, o usuário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão 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 unilateral do plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 75º. O presente Capítulo não vigorará:

I. Para o titular e seus dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura da concessão do benefício previdenciário ou da perda do vínculo empregatício para os ex-empregados elegíveis conforme este Regulamento;

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

CAPÍTULO XII DA ADMINISTRAÇÃO

SEÇÃO I - DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 76º. Competirá ao Conselho Deliberativo, órgão superior de decisão e orientação da Eletros-Saúde, a fixação de objetivos, políticas e normas gerais através de edição de Atos Normativos conforme previsto no seu Estatuto Social.

Art. 77º. O Conselho Deliberativo da Eletros-Saúde terá também as seguintes atribuições:

I. Aprovar alterações no Regulamento do Produto;

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

SEÇÃO II - DO ÓRGÃO EXECUTOR

Art. 78º. A administração e operacionalização da Eletros-Saúde será conduzida pela Diretoria Executiva da Eletros-Saúde.

CAPÍTULO XIII DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 79º. A oferta do Eletros-Saúde Assistidos não decorre do direito previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, tendo em vista que os planos de saúde destinados aos empregados das CONVENIADAS são gratuitos, inexistindo contribuição do usuário.

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

CAPÍTULO XIV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 80º. Os atendimentos hospitalares, consultas médicas, tratamentos odontológicos, reembolsos diversos constantes deste Regulamento estarão sujeitos à auditoria ou outro tipo de comprovação, sujeitando-se os infratores às penalidades da lei e deste Regulamento.

Art. 81º. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da Eletros-Saúde ad referendum do Conselho Deliberativo.

Art. 82º. Fica eleito o foro da Comarca da CONVENIADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXOS DO REGULAMENTO ELETROS-SAÚDE ASSISTIDOS

ANEXO I

TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE ASSISTIDOS

Tipos de Serviço/Modalidades	Fator de Cobertura da Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde
Consultas	
Livre Escolha	2,10
Rede Credenciada	1,00
Diárias Hospitalares	
Livre Escolha	4,00
Rede Credenciada	1,00
Despesas Hospitalares	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Honorários Médicos em Internação	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Internação Psiquiátrica superior a 30 dias	

Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,50
Tratamentos Seriados em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Acupuntura	0,75
Escleroterapia	0,75
Fisioterapia	0,75
Quimioterapia	1,00
Nutrição	1,00
Terapia Renal Substitutiva	1,00
Radioterapia	1,00
Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional	
Livre Escolha	1,50
Rede Credenciada	0,75
Exames em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Clínicos Laboratoriais	0,75
Exames de Imagem (Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e outros)	0,75

Tipos de Serviço/Modalidades	Fator de Cobertura da Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde
Demais Despesas Ambulatoriais	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,75
Próteses/Órteses ligadas ao ato cirúrgico	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Remoção Inter-hospitalar	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00
Medicamentos (Assistência Farmacêutica)	0,50
Materiais fora de ambiente hospitalar	0,75
Aparelhos Corretivos de Visão e Audição	0,50
Odontologia em Livre Escolha ou Rede Credenciada	

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	0,75
Dentística	0,75
Endodontia	0,75
Odontopediatria	0,75
Periodontia	0,75
Prevenção	0,75
Prótese	0,75
Radiologia	0,75

ANEXO II

APLICAÇÃO DE PENALIDADES A USUÁRIOS

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

- I.** Advertência escrita, nos casos de menor gravidade;
- II.** Suspensão da inscrição pelo prazo máximo de 12 (doze) meses;
- III.** Cancelamento da inscrição, nos casos de fraude tentada ou consumada.

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

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

- I.** Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento;
- II.** Omitir informações solicitadas ou previstas em Regulamento;
- III.** Não apresentar documentação, nos prazos estipulados, referentes à prestação de contas de adiantamentos feitos;
- IV.** Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;

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

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

VII. Falsificar ou adulterar documentos.

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

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

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

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

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

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

§2º. O Conselho Deliberativo deverá, com base no relatório de processo admi-

nistrativo mencionado no artigo 4º, restringir a punição aos usuários infratores desde que este não seja o titular.

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO III

COBERTURAS ODONTOLÓGICAS

Regras para Auditoria Odontológica:

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

Cabe ao auditor:

- Verificar a execução e a qualidade técnico-científico dos trabalhos realizados e dos planejamentos propostos;
- Não autorizar os serviços e planejamento que estejam em desacordo com os protocolos técnicos e científicos estabelecidos para o desempenho adequado da prática odontológica;
- Não autorizar os serviços que não estejam previstos como objeto de cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou da TPHEs. É vedado ao auditor:
- Prestar atendimentos de qualquer especialidade aos usuários;
- Realizar auditorias em especialidade diferente daquela para a qual contratado.

1) Tratamentos com obrigatoriedade de auditorias inicial e final:

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

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

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

3) Tratamentos isentos de auditoria, independente de valor, desde que estejam somente eles relacionados no formulário específico (respeitadas as carências de cada um):	
ajuste oclusal	exodontia simples
aplicação de carióstático	frenectomia lingual
aplicação tópica de flúor	frenectomia labial inferior
aumento de coroa clínica	frenectomia labial superior
biópsia de cavidade bucal	modelos de estudo
condicionamento em odontopediatria	orientação de Higiene Oral (OHB)
condicionamento em odontologia	placa de mordida miorelaxante
conserto simples	recolocação / remoção de próteses
controle de placa	reembasamento
dessensibilização dentinária	restauração em ionômero de vidro
exodontia de decíduo	restauração temporária
exodontia de raiz residual	ulotomia

- O usuário pode ser convocado para auditoria de amostragem independente do valor do tratamento e do prazo em que foram propostos;
- O usuário tem um prazo de 7 (sete) dias úteis para fazer a auditoria final após o término do tratamento, quando necessário;
- A não realização pelo usuário de auditoria final, dentro do prazo determinado, implica débito integral do valor do tratamento;
- Nos casos de tratamento de emergência, cujas despesas ultrapassem ao limite de isenção, a auditoria inicial deve ser realizada até ao quinto dia após o atendimento;
- A Eletros-Saúde poderá isentar da realização de auditoria o usuário lotado em região metropolitana onde não haja auditor credenciado;

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

ANEXO IV

COBERTURAS ADICIONAIS ELETROS-SAÚDE ASSISTIDOS

Tipos de Serviço/Modalidades	Limites Simples ou Múltiplos
Tratamentos Seriados	
Escleroterapia	- 8 sessões por mês;
	- 24 sessões por ano; e
	- limitada a 96 sessões por vida.
Órteses e Próteses	
Armação Óculos	1 (uma) a cada 730 dias
Lentes	1 (um) par a cada 365 dias
Lentes de contato	1 (um) par a cada 365 dias
Lentes de contato descartáveis	2 (duas) caixas com 6 (seis) unidades a cada 365 dias
Prótese Otofônica	1 (uma) por vida por orelha
Internação Domiciliar	De acordo com critérios de elegibilidade técnico-administrativos da Eletros-Saúde

CRITÉRIOS DE COBERTURA:

1) Cobertura com Aparelhos Ortopédicos, Corretores da Visão e Audição:

1.1 - Armações, lentes e lentes de contato

O reembolso de despesas com a aquisição de armações, lentes e lentes de contato está condicionado à apresentação de nota fiscal e à prescrição de oftalmologia com validade de 90 dias. O receituário médico deverá conter a prescrição de uso de lente de contato para a aquisição das mesmas.

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

- Após decorridos 24 (vinte e quatro) meses a contar da emissão da nota fiscal an-

terior para a aquisição de armação de óculos;

- Após decorridos 12 (doze) meses a contar da emissão da nota fiscal anterior para a aquisição de lentes corretoras e de contato.

1.1.2) As lentes de contato descartáveis serão cobertas no limite de 2 (duas) caixas de 6 (seis) unidades cada por 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. Não é possível o reembolso de lentes de contato descartáveis e de lentes de contato comuns no mesmo período;

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

1.2 - Prótese Auditiva

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

Coberturas Adicionais em odontologia

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

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

ANEXO V

LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Serviço	Prazo para Emissão da Autorização
Internações e Prorrogações, Cirurgias	
Internações para realização de exames/procedimentos	05 dias úteis
Internações cirúrgicas, clínicas, obstétricas, psiquiátricas, domiciliar, hospital-dia	

Cirurgias com utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPME e Eventos com utilização Medicamentos Especiais	
Cirurgias com utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)	10 dias úteis
Procedimentos com utilização de medicamentos especiais (de alto custo)	
Exames e Procedimentos	
Angiografia (exceto as oculares)	03 dias
Densitometria óssea	
Endoscopias (digestiva, colonoscopia e ginecológica)	
Litotripsias	
Mamografia digital	
Mamotomia	
Ressonância nuclear magnética (inclusive Espectroscopia por RM)	
Tomografia computadorizada	
Tilt test	
Tratamentos Seriados	
Acupuntura	03 dias
Escleroterapia	
Fisioterapia (inclusive Reeducação Postural Global-RPG)	
Laserterapia ocular	
Oxigenioterapia hiperbárica	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Terapia renal substitutiva	
Remoção Inter-hospitalar Prazo para emissão de autorização: Com a urgência possível, dependendo da necessidade apresentada.	
Lista de Procedimentos que requerem 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 Eletros-Saúde julgar necessário para a segurança da saúde do usuário, o que será informado às partes envolvidas.

ANEXO VI

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Rol de Medicamentos que possuem cobertura:

1) Produtos de uso oftálmico:

I. Somente colírios, pomadas ou unguentos antiinflamatórios, antibióticos, anestésicos ou antiglaucomatosos;

2) Alopatria: Produtos industrializados por laboratórios farmacêuticos estabelecidos, exceto aqueles previstos no rol de medicamentos não cobertos;

3) Materiais descartáveis de injeções e curativos:

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

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

4) Produtos para avaliação de controle de diabetes: desde que acompanhado

da respectiva receita médica:

I. O aparelho de glicemia está limitado a um por vida independente do motivo informado para nova compra. Os demais materiais utilizados no controle de diabetes insulino-dependentes como fitas, seringas e lancetas, serão cobertos em quantidade compatível com a quantidade explicitada na prescrição médica;

Rol de Medicamentos não cobertos pelo Eletros-Saúde Assistidos

1) Medicamentos anticoncepcionais;

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

3) Medicamentos importados. Somente serão cobertos em caso de inexistência de similares nacionais;

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

5) Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos;

6) Fórmula de manipulação;

7) Produtos de suplemento nutricional, vitaminas, sais minerais, leites,

proteínas, aminoácidos ou medicamentos obtidos através de qualquer um dos componentes acima ou que contenham em sua formulação qualquer um desses componentes;

8) Medicamentos para calvície;

9) Medicamentos cosmiátrico;

10) Shampoos, produtos de higiene e protetores de pele;

11) Medicamentos para disfunção sexual;

12) Medicamentos antitabágico;

13) Colírios, exceto colírios anti-inflamatórios, antibióticos, corticosteróides e antiglaucomatosos;

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

15) Medicamentos não reconhecidos pela ANVISA;

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

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

ANEXO VII**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA**

Tendo em vista o falecimento do titular _____ ,
Carteirinha nº _____ , inscrito no produto _____ ;
eu, _____ , que até esta data estava inscrito no plano
como seu (sua) dependente, venho manifestar interesse em permanecer no programa de assistência à saúde oferecido pela Eletros-Saúde, mediante ingresso em plano específico, bem como declarar plena ciência e total concordância com os termos abaixo:

Concordo que os débitos de convênios existentes sejam transferidos para a nova titularidade do plano, sendo cobrados de acordo com os critérios estabelecidos pela Eletros-Saúde.

Assinatura

Data do Termo de Ciência
e Concordância

Carteira de Identidade - Órgão Emissor

CPF

1ª Testemunha

Assinatura

Carteira de Identidade - Órgão Emissor

CPF

2ª Testemunha

Assinatura

Carteira de Identidade - Órgão Emissor

CPF



www.eletrossaude.com.br

ANS – n.º 42.207-0