

Regulamento Eletros-Saúde Família Essencial



Sumário

CAPÍTULO I – DA OPERADORA	3
CAPÍTULO II – DO OBJETO	3
CAPÍTULO III – DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO	3
CAPÍTULO IV – DAS CARACTERÍSTICAS	6
CAPÍTULO V – DOS USUÁRIOS	7
CAPÍTULO VI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	8
CAPÍTULO VII – DA ADESÃO E EXCLUSÃO	11
CAPÍTULO VIII – DO CUSTEIO DO PLANO	12
CAPÍTULO IX – DAS CARÊNCIAS	15
CAPÍTULO X – DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS	15
CAPÍTULO XI – DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	26
CAPÍTULO XII - DA ADMINISTRAÇÃO	28
CAPÍTULO XIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS	28
ANEXO I: TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE FAMÍLIA ESSENCIAL	29
ANEXO II: APLICAÇÃO DE PENALIDADES A USUÁRIOS	31
ANEXO III: LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	33
ANEXO IV	35

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 Uruguiana, 174 – 7º andar – Centro em Rio de Janeiro - RJ, é a instituição a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

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

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

Parágrafo Único - A Eletros-Saúde poderá admitir outras CONVENIADAS na forma da regulamentação em vigor.

Art. 3º. O programa de assistência à saúde tratado neste instrumento é denominado Eletros-Saúde Família Essencial e está registrado na ANS sob o nº 484.059/19-3 possuindo como Características Gerais:

- I** - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II** - Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
- 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 e II do Capítulo X - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS, o Eletros-Saúde Família Essencial assegura reembolso, conforme estabelecido na Seção III do referido capítulo.

CAPÍTULO II - DO OBJETO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

CAPÍTULO III - DOS CONCEITOS E ORIENTAÇÕES: GLOSSÁRIO

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

- I** - Acidente Pessoal - Evento súbito, involuntário, com início e local de acontecimento bem caracterizados, que por si só, e independentemente de qualquer outra causa, seja suficiente para causar danos à saúde.
- II** - Acomodação em Apartamento - Entende-se como acomodação em padrão aparta-

mento, a internação em unidade hospitalar com banheiro privativo, destinada a um paciente individualmente.

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

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

V - Atendimento de Emergência - É o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

VII - Auditoria - É um ato médico que se constitui em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços.

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

IX - Carteira de Identificação - É a carteira disponibilizada pela Eletros-Saúde, para utilização individual e personalizada do usuário, que servi-

rá para identificá-lo junto à rede credenciada da Operadora.

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 deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito às coberturas.

XI - Cobertura Assistencial - Corresponde a todos os serviços de assistência médica, hospitalar previstos neste Regulamento e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

XII - Coparticipação - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão, à Eletros-Saúde, referente à utilização, pelos usuários, dos serviços assistenciais cobertos, definida em termos fixos ou em percentuais.

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

XIV - Conveniada - É a pessoa jurídica que convenia plano de saúde para determinada categoria de usuários, sem que haja sua participação financeira.

XV - Convênio de Reciprocidade - É o convênio firmado pela Eletros-Saúde visando assegurar o atendimento médico-hospitalar para os seus usuários em trânsito, que tiverem necessidade de atendimento de urgência e emergência.

XVI - Documentação Comprobatória - Relação de documentos necessários para adesão ao plano:

- Ficha de adesão preenchida e assinada pelo usuário e pelo responsável financeiro, quando não for o próprio usuário

- Cópia da Certidão de Nascimento ou da Carteira de Identidade
- Cópia do CPF
- Cópia do comprovante de residência
- Cópia da comprovação do parentesco com o usuário titular
- Declaração de saúde preenchida e assinada

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

XVIII - Doenças ou lesões preexistentes - São aquelas que o próprio usuário (ou seu representante legal) saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano.

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

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

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

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

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

XXIII - Hospitalização - É a internação em hospital para tratamento clínico ou cirúrgico.

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

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

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

XXVII - Medicamentos especiais - São os medicamentos de alto custo.

XXVIII - Órteses - Qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

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

XXX - Próteses - Qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

XXXI - 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.

XXXII - 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.

XXXIII - Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família Essencial - Informa os percentuais de cobertura assistencial dos grupos de serviços previstos neste Regulamento considerando a incidência dos múltiplos de reembolso e dos percentuais de coparticipação dos usuários nas despesas assistenciais.

XXXIV - 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.

XXXV - Tratamentos Seriados - São considerados Tratamentos Seriados - Acupuntura, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Quimioterapia, Radioterapia, Psicologia e Terapia Renal Substitutiva.

CAPÍTULO IV - DAS CARACTERÍSTICAS

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

I - Ser destituído de fins lucrativos;

II - Ser custeado pelo responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão, através de contribuições mensais, podendo haver tam-

bém coparticipação nas despesas, de acordo com a Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família Essencial;

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

IV - Ser operado pela Eletros-Saúde por meio de rede credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante convênio de reciprocidade com entidade congênere para usuários em trânsito, que tiverem necessidade de atendimento de urgência e emergência;

V - Reembolsar total ou parcialmente as despesas dos seus usuários inscritos, relativas à assistência médico-hospitalar, consultas médicas, exames diagnósticos, internações e tratamentos descritos neste Regulamento, quando não for utilizada a rede credenciada do Eletros-Saúde Família Essencial, sempre obedecendo a Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família Essencial para reembolso;

VI - Ter a sua contabilização separada da previdência, receitas e despesas próprias, inclusive resultante da aplicação no mercado financeiro dos recursos disponíveis, observadas as regras dispostas pela ANS.

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 e órteses e próteses; obedece aos critérios estabelecidos pelo Eletros-Saúde Família Essencial para a concessão das coberturas previstas neste Regulamento.

Art. 8º. A assistência à saúde médico-hospitalar será prestada no Estado do Rio de Janeiro, sendo a área de abrangência geográfica do Eletros-Saúde Família Essencial 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 necessitem de atendimento emergencial ou de urgência, conforme condições e coberturas estabelecidas neste Regulamento.

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

Parágrafo Único - A data de início de vigência da inscrição no Eletros-Saúde Família Essencial, inclusive para contagem de período de carência para cada usuário, poderá ser 01, 10 ou 20, de acordo com a escolha do usuário na data da solicitação formal de adesão ao Eletros-Saúde Família Essencial.

CAPÍTULO V - DOS USUÁRIOS

Art. 10. O presente Regulamento destina-se exclusivamente ao grupo de usuários, conforme condições de admissão descritas neste Capítulo.

Art. 11. Considera-se usuário titular, a pessoa que aderiu aos produtos da Eletros-Saúde conforme regulamentos próprios na qualidade de:

I - os empregados, os diretores e os administradores das Conveniadas;

II - os ex-empregados, os ex-diretores e os ex-administradores da Eletros-Saúde e de outras Conveniadas;

III - os assistidos das Conveniadas pela Eletros-Saúde.

Art. 12. Podem aderir ao Eletros-Saúde Família Essencial, na qualidade de usuários deste plano, os descendentes até 4º Grau dos titulares previstos no artigo anterior, incluídos filhos acima de 21 anos, que não esteja cursando o 3º Grau

ou maior de 24 anos, netos, bisnetos e trinetos. Também podem aderir ao Eletros-Saúde Família Essencial na qualidade de usuários: irmãos, cunhados, genros, noras, sobrinhos, primos dos titulares e cônjuges/ companheiros previstos no artigo anterior.

Parágrafo Único - A inscrição dos usuários no Eletros-Saúde Família Essencial fica condicionada à participação do usuário titular em plano de saúde da Eletros-Saúde destinado a esta categoria.

Art. 13. 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, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.

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

Art. 14. No caso de falecimento do usuário titular, o usuário do Eletros-Saúde Família Essencial permanecerá automaticamente no plano, caso já seja o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e coparticipações.

Parágrafo Único - Caso o usuário titular falecido fosse o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e coparticipações, o usuário poderá permanecer no plano desde

que manifeste formalmente esta vontade em até 30 (trinta) dias a contar do óbito do titular, assumindo a responsabilidade financeira pelo pagamento das obrigações financeiras junto ao Plano.

Art. 15. São obrigações dos usuários:

I - efetuar o pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, estas de acordo com os critérios estabelecidos no Art. 34, Parágrafo 2º, caso ele seja o responsável financeiro pelas obrigações decorrentes do Plano conforme definido na ficha de adesão;

II - manter-se informado sobre o Regulamento do Eletros-Saúde Família Essencial zelando por sua correta aplicação;

III - responsabilizar-se por quitar quaisquer débitos existentes com o Eletros-Saúde Família Essencial, mesmo aqueles identificados após seu cancelamento, referente a sua utilização;

IV - prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a auditoria ou exames, quando solicitados pela Eletros-Saúde;

V - 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;

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

Art. 16. São obrigações dos usuários titulares:

I - efetuar o pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, estas de acordo com os critérios estabelecidos no Art. 34, Parágrafo 2º, caso o titular tenha sido indicado como responsável financeiro pelas obrigações decorrentes do Plano na ficha de adesão;

II - efetuar as inscrições de usuários aptos a ingressar no Eletros-Saúde Família Essencial quando o usuário titular for o responsável financeiro pelo pagamento das obrigações decorrentes do Plano.

Art. 17. São direitos dos usuários:

I - ser comunicado de todas as alterações deste Regulamento;

II - ter acesso ao cadastro da rede credenciada.

Art. 18. Os usuários do Eletros-Saúde Família Essencial 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 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 19. Após a quitação da primeira mensalidade, estará confirmada a inscrição do usuário no Eletros-Saúde Família Essencial que receberá login e senha para acessar sua carteira de identificação, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.

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

Parágrafo 2º - Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação, o usuário deverá comunicar imediatamente o fato

à Eletros-Saúde, para bloqueio de sua utilização, sob pena de responder pelas despesas indevidamente realizadas.

Parágrafo 3º - O usuário que admitir a utilização de sua carteira de identificação por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

Parágrafo 4º - Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, o usuário deixará de ter acesso ao Portal de Beneficiários, e, caso tenha impresso a carteira, deverá inutilizá-la, imediatamente, sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do Eletros-Saúde Família Essencial, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.

SEÇÃO II - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Art. 20. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento standard.

Parágrafo 1º - 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.

Parágrafo 2º - Na hipótese de o usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá negociar e pagar diretamente ao hospital o valor excedente das despesas referentes à troca de acomodação.

SEÇÃO III - REDE CREDENCIADA

Art. 21. O usuário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou institui-

ções relacionados na rede de serviço credenciada da Eletros-Saúde para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

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

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

Art. 22. A rede credenciada será disponibilizada ao usuário no Portal da Eletros-Saúde, estando também disponível para consulta na sede da Eletros-Saúde ou pelo telefone (21) 3900-3132.

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

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

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

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

SEÇÃO IV – COPARTICIPAÇÃO

Art. 23. Será cobrada coparticipação de acordo com o previsto na Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família Essencial, na utilização pelos usuários dos procedimentos (eletivos ou de urgência e emergência) abaixo relacionados:

I - Consultas médicas: 10%;

II - Demais procedimentos ambulatoriais, inclusive exames, terapias e tratamentos seriados: 20%;

III - Internação Psiquiátrica: 50%, nos termos estabelecidos no presente Regulamento (Parágrafo Único do Art. 48).

Parágrafo 1º - Não haverá cobrança de coparticipação para os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva.

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

Parágrafo 3º - O responsável financeiro deverá arcar com o pagamento das coparticipações, ainda que a cobrança venha a ser efetivada após a sua exclusão do Eletros-Saúde Família Essencial, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

SEÇÃO V – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 24. Cabe ao prestador credenciado solicitar à Eletros-Saúde a autorização prévia para Internações, Exames, Tratamentos e Procedimentos, de acordo com a lista de serviços e prazos elencados no Anexo III deste Regulamento, que trata de autorização prévia, à exceção dos procedimentos que necessitem de perícia médica

ou laudo complementar, de acordo com a avaliação da área médica.

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

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

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

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

Parágrafo 5º - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo usuário, por médico da Eletros-Saúde e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Eletros-Saúde. Caso o profissional eleito pelo usuário não seja credenciado do Eletros-Saúde Família Essencial, seus honorários

ficarão sob a responsabilidade do usuário.

Parágrafo 6º - Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista neste artigo serão conforme disposto na regulamentação vigente.

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

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

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

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

Parágrafo 11 - É necessária a solicitação de autorização prévia para usuários internados que necessitem de medicamentos especiais ou OPME.

Parágrafo 12 - Após a concessão da autorização prévia, o usuário poderá solicitar a prévia de cálculo dos honorários, a ser valorado com

base na Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde vigente.

Parágrafo 13 - 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 30 dias para a internação e de 60 dias para os demais casos.

CAPÍTULO VII - DA ADESÃO E EXCLUSÃO

SEÇÃO I - DA ADESÃO DO USUÁRIO

Art. 25. A adesão ao Eletros-Saúde Família Essencial deverá ser feita mediante preenchimento e entrega da documentação comprobatória solicitada e da ficha de adesão completa, a qual inclui a aceitação integral do usuário e de seu responsável financeiro, caso não seja o próprio usuário, aos termos deste Regulamento.

Art. 26. Poderá aderir ao Eletros-Saúde Família Essencial todo aquele que preencha as condições definidas no Art. 12 deste Regulamento.

SEÇÃO II - DA EXCLUSÃO OU DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DE USUÁRIO

Art. 27. O cancelamento da inscrição de um usuário do Eletros-Saúde Família Essencial a pedido do usuário observará a regulamentação da ANS vigente, podendo ser feito mediante preenchimento de formulário próprio pelo responsável financeiro.

Art. 28. Será cancelada a inscrição do usuário do Eletros-Saúde Família Essencial quando:

I - falecer;

II - for requerido pelo usuário titular ou pelo

próprio usuário, de acordo com a responsabilidade financeira definida na ficha de adesão;

III - houver a interrupção do pagamento dos valores devidos ao Eletros-Saúde Família Essencial, o que inclui eventuais coparticipações, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição;

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

Parágrafo 1º - O cancelamento da inscrição do usuário importará, imediata e automaticamente, independente de qualquer notificação, na caducidade dos direitos inerentes a essa qualidade.

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

Art. 29. A Eletros-Saúde somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos usuários nas seguintes hipóteses:

I - Fraude, conforme previsto neste instrumento;

II - Inadimplência relativa aos valores devidos ao Eletros-Saúde Família Essencial, o que inclui eventuais coparticipações, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.

Art. 30. No caso de reintegração de usuário, o mesmo cumprirá novo período de carência, caso a nova adesão ocorra após 30 dias da exclusão, à exceção dos casos de desligamento por fraude ou inadimplência, onde deverá ser cumprido novo período de carência.

CAPÍTULO VIII - DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 31. O Eletros-Saúde Família Essencial 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. 32. O plano de custeio do Eletros-Saúde Família Essencial, obedecidas as normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

I - Contribuições mensais em virtude da inscrição dos usuários, pagas integralmente pelo responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão;

II - Coparticipação dos usuários;

III - Resultados dos investimentos dos fundos;

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

Parágrafo único - Não haverá contribuição financeira das CONVENIADAS destinada a arcar com o custeio das contribuições mensais dos usuários.

Art. 33. O plano de custeio do Eletros-Saúde Família Essencial deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais, valores de coparticipação e eventuais novas fontes de receita.

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

gais aplicáveis.

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

Art. 34. O responsável financeiro, conforme definido na ficha de adesão, está obrigado 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) aplicáveis sobre o valor do débito em atraso.

Parágrafo 1º - Cabe ao responsável financeiro o pagamento da contribuição mensal e da coparticipação pela utilização do Eletros-Saúde Família Essencial, através de boleto bancário ou débito em conta corrente.

Parágrafo 2º - Na hipótese de inadimplência por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, o usuário será excluído do Eletros-Saúde Família Essencial, sendo que o débito existente na data da exclusão, independente de quem figura como responsável financeiro do plano, poderá ser cobrado tanto do usuário como do usuário titular, em virtude da solidariedade destes no tocante às obrigações com o plano de saúde.

Parágrafo 3º - O saldo da coparticipação quando não quitado a 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 uma mensalidade da última faixa (maior de 59 anos) do Plano Eletros-Saúde Família Essencial, será realizado o desconto integral do saldo devedor;

II - No caso do valor do débito ser maior que 01 (uma) e menor que 15 (quinze) mensalidades da última faixa (maior de 59 anos) do Plano

Eletros-Saúde Família Essencial, será realizado o desconto de 01 (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 da última faixa (maior de 59 anos) do Plano Eletros-Saúde Família Essencial, 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 da última faixa (maior de 59 anos) do Plano Eletros-Saúde Família Essencial, haverá o desconto de 02 (duas) mensalidades, até a quitação integral do saldo devedor.

Art. 35. 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.

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

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

Art. 36. Os valores das contribuições mensais definidas no plano de custeio serão revistos no momento da aplicação da modalidade de reajuste estipulada no artigo anterior, em virtude de:

I - Aumento da sinistralidade;

II - Aumento considerável dos custos médicos;

III - Alteração sensível na composição dos usuários.

Art. 37. A cada 12 (doze) meses será efetuada a avaliação do plano de custeio referente ao exercício anterior, considerando a totalidade da massa de usuários vinculada aos programas de assistência à saúde oferecidos pela Eletros-Saúde, que poderá indicar a necessidade de aplicação do reajuste técnico e/ou revisão da forma de custeio.

Art. 38. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 39. 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.

Art. 40. Qualquer reajuste aplicado ao Eletros-Saúde Família Essencial deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Art. 41. Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do Eletros-Saúde Família Essencial, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais.

Art. 42. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento das normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da Eletros-Saúde para esse fim, respaldada em avaliação atuarial.

Art. 43. As contribuições mensais relativas aos usuários previstas no plano de custeio correspondem a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente, sendo fixadas em função da idade do usuário inscrito, conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada faixa etária:

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

Parágrafo 1º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

I - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

II - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;

III - As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

Parágrafo 2º - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

Parágrafo 3º - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

CAPÍTULO IX – DAS CARÊNCIAS

Art. 44. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o usuário não terá direito às coberturas oferecidas pelo Eletros-Saúde Família Essencial. O direito de atendimento ao usuário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após o cumprimento das carências a seguir especificadas, contadas da data de sua última inscrição no Eletros-Saúde Família Essencial, de acordo com o estabelecido pelo Art. 9º, Parágrafo Único deste Regulamento, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente Inciso V, Art. 12 da Lei nº 9.656/98:

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

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

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

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

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

I - o usuário cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do titular à CONVENIADA;

II - o usuário cuja inscrição no Eletros-Saúde Família Essencial ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o Eletros-Saúde Família Essencial.

Parágrafo 2º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data da perda da condição de

dependente, estabelecida no Regulamento do Plano de Saúde destinado a esta categoria, para a inscrição de filhos, a data de casamento ou de formação da união estável para a inscrição do genro e da nora etc.

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

CAPÍTULO X - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art. 45. O Eletros-Saúde Família Essencial cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos usuários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada do Eletros-Saúde Família Essencial, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados a todas as Doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da OMS listadas na CID-10, no que se aplicam ao Eletros-Saúde Família Essencial e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

SEÇÃO I - DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS

Art. 46. A cobertura ambulatorial compreende:

I - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especiali-

dades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

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

II - Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigente à época do evento, quando for o caso;

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

IV - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;

V - Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização (DUT), que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

VI - Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta; VII - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

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

VIII - Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

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

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

XI - Hemoterapia ambulatorial;

XII - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

SEÇÃO II - DAS COBERTURAS HOSPITA- LARES

Art. 47. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

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

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

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

III.1 - O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

III.2 - No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.

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

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

VI - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETI ou similares;

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

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

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

lizados durante o período de internação hospitalar;

IX.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:

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

IX.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.

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

a) Hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

e) Hemoterapia;

f) Nutrição parenteral ou enteral;

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

h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em vigor à época do evento;

i) Radiologia intervencionista;

j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

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

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

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

XIII - Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do usuário receptor;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

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

e) O usuário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

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

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

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

XV - Acomodação, alimentação e paramen-

tação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato nos termos da regulamentação vigente, salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, UTI Neonatal ou similares;

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

Art. 48. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

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

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

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;

III.1 - Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao usuário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Parágrafo Único – Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, 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. 49. O presente Regulamento garante, ainda:

I - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

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

III - Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

IV - Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/ manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V - Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

da ANS vigente na data do evento;

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

SEÇÃO III - DAS COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 50. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, em função de atendimentos de urgência e emergência prestados fora da área de atuação do produto Eletros-Saúde Família Essencial, limitado as Tabelas de Cobertura Eletros-Saúde Família Essencial e de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde.

SEÇÃO IV - DO REEMBOLSO

Art. 51. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde prevista no presente instrumento, nos atendimentos eletivos realizados dentro da área geografia de abrangência do Eletros-Saúde Família Essencial e nos atendimentos de urgência e emergência realizados em todo território nacional, 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.

Parágrafo 1º - 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 pelo Eletros-Saúde Família Essencial junto à sua rede de prestadores, devendo ser aplicados os critérios definidos na Tabela de Cobertura do Eletros-Saúde Família Essencial, para a verificação do valor final a ser reembolsado.

Parágrafo 2º - Os reembolsos serão efetuados, através de crédito em conta corrente do usuário, conforme definido na ficha de adesão, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis a contar da data da apresentação de todos os documentos exigidos. No caso de reembolso passível de avaliação médica, segundo parecer médico, averiguação complementar ou apresentação de relatório do médico, o prazo para efetuar o reembolso será contado a partir da apresentação dos documentos referentes ao cumprimento dessas exigências.

Parágrafo 3º - Não serão reembolsadas as despesas efetuadas junto à rede de serviço credenciada do Eletros-Saúde Família Essencial, salvo casos excepcionais que, com justificativa, serão analisados pela Eletros-Saúde.

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

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

Parágrafo 2º - Caso o pedido de reembolso não esteja em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Regulamento, o usuário

poderá reapresentá-lo, mantendo-se o prazo original de 12 (doze) meses após a realização do procedimento.

Parágrafo 3º - Eventuais débitos do usuário com o Eletros-Saúde Família Essencial serão compensados com os valores a serem reembolsados pela Eletros-Saúde.

Art. 53. 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. 54. O usuário deve apresentar os documentos comprobatórios das despesas efetuadas e reter originais por um prazo de 05 (cinco) anos para eventual auditoria da Eletros Saúde.

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

Parágrafo 2º - Nos casos em que o usuário não apresentar os originais solicitados, fica obrigado a devolver o valor creditado, referente ao reembolso em questão.

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

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

Art. 55. 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) aten-

dido 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. No caso de tratamento seriado devem ser informadas a quantidade de sessões realizadas e as datas de realização.

Parágrafo 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.

Parágrafo 2º - Caso o serviço tenha sido realizado por profissional (pessoa física) que não se enquadra nas categorias listadas no caput do art. 55, além das informações listadas, o recibo apresentado deverá ter a assinatura e carimbo do profissional executante.

Art. 56. A nota fiscal emitida por instituição (pessoa jurídica) deve conter:

- nome legível da instituição ou estabelecimento;

- endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da instituição ou estabelecimento; - nome completo do usuário atendido;

- quantidade de serviços prestados ou produtos adquiridos ou materiais ou medicamentos utilizados e respectivos valores;

- descrição detalhada dos serviços realizados ou produtos adquiridos ou materiais ou medicamentos;

- especialidade do profissional, no caso de consulta médica;

- data de emissão ou realização ou utilização do

tratamento, material ou medicamento.

Art. 57. A requisição de exame complementar deve conter:

- nome completo do usuário;

- descrição dos exames a serem realizados, codificação e indicação clínica;

- nome do profissional solicitante, assinatura e carimbo;

- nº de registro no Conselho da categoria;- data.

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

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

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

Art. 58. A Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde está registrada no 18º Ofício de Notas, estando também disponível na sede da Eletros-Saúde e no Portal Eletros-Saúde 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 31900-3132.

SEÇÃO V – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 59. Considera-se:

I - atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

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

Art. 60. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I - para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do usuário ao Eletros-Saúde Família Essencial;

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

III - durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;

IV - depois de cumprida a carência 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 do período 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 VI - DA REMOÇÃO

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

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

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

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

Art. 62. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

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

ônus;

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

III - na remoção, a Eletros-Saúde deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

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

SEÇÃO VII – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Art. 63. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Eletros-Saúde Família Essencial os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

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

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

III - Exames e prescrições medicamentosas solicitadas e/ou efetuadas por nutricionistas, te-

rapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogos;

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

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

VI - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

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

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

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

X - Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;

XI - 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;- For-

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

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

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 esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática;

XVII - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas

não registrados/ não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada 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;

XXII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, 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 relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;

XXV - Aparelhos ortopédicos;

XXVI - Procedimentos ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência do Eletros Saúde Família Essencial, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados em todo o território nacional e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento;

XXVII - Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emer-

gência;

XXVIII - Despesas com transporte aeromédico;

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

XXX - Cirurgia para mudança de sexo;

XXXI - Avaliação pedagógica;

XXXII - Orientações vocacionais;

XXXIII - Especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;

XXXIV - Remoção domiciliar;

XXXV - Exames para piscina ou ginástica, neoplasias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXXVI - Exames para renovação de carteira nacional de habilitação;

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

XXXVIII - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XXXIX - Despesas de atendimentos médicos realizados no exterior;

XL - Guarda de cordão umbilical;

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

CAPÍTULO XI – DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 64. 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 do Eletros-Saúde Família Essencial, conforme o disposto no Inciso II do Parágrafo único do Art. 13 da Lei nº 9.656/98.

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

Parágrafo 2º - O usuário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela Eletros-Saúde, sem qualquer ônus para o usuário.

Parágrafo 3º - Caso o usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Eletros-Saúde, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Parágrafo 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.

Parágrafo 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. 65. 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. 66. 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. 67. 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 está disponível para consulta e cópia no Portal da Eletros-Saúde.

Art. 68. Exercendo prerrogativa legal, a Eletros-Saúde não optará pelo fornecimento do Agravado.

Art. 69. 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.

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

Parágrafo 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.

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

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

Parágrafo 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 Eletros-Saúde Família Essencial.

Parágrafo 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. 70. O presente Capítulo não vigorará:

I - para o usuário cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do titular à CONVENIADA;

II - para o usuário cuja inscrição no Eletros-Saúde Família Essencial ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o Eletros-Saúde Família Essencial.

CAPÍTULO XII - DA ADMINISTRAÇÃO

SEÇÃO I - DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 71. Competirá ao Conselho Deliberativo da Eletros-Saúde, órgão superior de decisão e orientação da Eletros-Saúde, a fixação de objetivos, políticas e normas gerais através de edição de Atos Normativos que passarão a fazer parte do presente Regulamento como Anexos.

Art. 72. O Conselho Deliberativo da Eletros-Saúde terá também as seguintes atribuições:

I - Aprovar alterações no Regulamento do Plano;

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

SEÇÃO II - DO ÓRGÃO EXECUTOR

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

CAPÍTULO XIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 74. Os atendimentos hospitalares, consultas médicas, 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. 75. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da Eletros-Saúde “ad referendum” do Conselho Deliberativo.

Art. 76. O encerramento da operação do Eletros-Saúde Família Essencial pela Eletros-Saúde se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 77. 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 FAMÍLIA ESSENCIAL**ANEXO I: TABELA DE COBERTURA DO ELETROS-SAÚDE FAMÍLIA ESSENCIAL**

Tipos de Serviço/Modalidades	Fator de Cobertura da Tabela de Procedimentos e Honorários da Eletros-Saúde
Consultas	
Livre Escolha	1,80
Rede Credenciada	0,90
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	0,80
Fisioterapia	0,80

Quimioterapia	1,00
Nutrição	1,00
Terapia Renal Substitutiva	1,00
Radioterapia	1,00
Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional	
Livre Escolha	1,60
Rede Credenciada	0,80
Exames em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Clínicos Laboratoriais	0,80
Exames de Imagem (Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e outros)	0,80
Exames em Livre Escolha ou Rede Credenciada	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,80
Exames de Imagem (Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e outros)	0,80
Demais Despesas Ambulatoriais	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	0,80
Próteses/Órteses ligadas ao ato cirúrgico	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00

Remoção Inter-hospitalar	
Livre Escolha ou Rede Credenciada	1,00

ANEXO II: APLICAÇÃO DE PENALIDADES A USUÁRIOS

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

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

Parágrafo 2º - No caso de ser punido com cancelamento da inscrição, o usuário somente poderá voltar a se inscrever após 5 (cinco) anos, mediante parecer favorável do Conselho Deliberativo.

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

- I** - criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento;
- II** - omitir informações solicitadas ou previstas em Regulamento;
- III** - não apresentar documentação, nos prazos estipulados, referentes à prestação de contas de adiantamentos feitos;
- IV** - ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;
- V** - apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou vinculados;
- VI** - ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
- VII** - falsificar ou adulterar documentos.

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 2º - O Conselho Deliberativo deverá, com base no relatório de processo administrativo mencionado no artigo 4º, restringir a punição aos usuários infratores desde que este não seja o titular.

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

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

Parágrafo 2º - O Superintendente comunicará, por escrito, a instauração do processo administrativo ao usuário 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 Superintendente do Plano, através de notificação por escrito, com cópia para o Conselho Deliberativo.

ANEXO III - LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Serviço	Prazo Para Emissão da Autorização
Internações e Prorrogações, Cirurgias	
Internações para realização de exames/procedimentos	05 dias úteis
Internações cirúrgicas, clínicas, obstétricas, psiquiátricas, dependência química, hospital-dia	
Cirurgias com utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPME	
Cirurgias com utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPME	10 dias úteis
Eventos com utilização/realização medicamentos especiais e genética	
Procedimentos com utilização de medicamentos especiais (de alto custo)	5 dias úteis
Terapia imunobiológica endovenosa para Artrite Psoriásica, Doença de Crohn e Espondilite Anquilosante	
Tratamento Ocular com antiangiogênico	
Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleção e Microduplicação por FISH	
Exames e Procedimentos	
Embolização de artéria uterina	5 dias úteis
Angiotomografia coronária	03 dias úteis
Ecoendoscopia e Enteroscopia	
Elastografia Hepática Ultrassônica	
Litotripsias	

Mamotomia	03 dias úteis
Pesquisa de Vírus Zika – por PCR, por IgG e por IgM	
Pet Scan Oncológico	
Tilt test	
Tomografia computadorizada (OCT)	
Tratamentos Seriados	
Acupuntura	03 dias úteis
Fonoaudiologia	
Nutrição (somente nos casos de DUT acima de 6 sessões)	
Oxigenioterapia hiperbárica	
Psicologia e Psicoterapia	
Quimioterapia e Radioterapia	
Reabilitação cardíaca	
Terapia Ocupacional	
Terapia renal substitutiva	
Remoção Inter-hospitalar	
Prazo para emissão de autorização: Com a urgência possível, dependendo da necessidade apresentada.	
Lista de Procedimentos que requerem perícia especializada para autorização prévia	

Cirurgias Buco Maxilares	05 dias úteis
Cirurgias e pequenos procedimentos dermatológicos	
Cirurgias Neurológicas	
Cirurgias Oftalmológicas Refrativas	
Cirurgias Oncológicas	
Cirurgias Ortopédicas	
Cirurgias Otorrinolaringológicas	
Cirurgias Plásticas Reparadoras	

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

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

ANEXO IV

NÃO fazem parte da rede credenciada do Plano Eletros-Saúde Família Essencial os seguintes hospitais:

Copa D'Or, Barra D'Or, Quinta D'Or, Niterói D'Or, Pró Cardíaco, Badim, Israelita e Casa de Saúde São José.



www.eletrossaude.com.br

ANS – n.º 42.207-0