

PLANO ESUL - REGULAMENTO

INTRODUÇÃO – CARACTERÍSTICAS GERAIS

A **ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.593.821/0001-03, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 41.729-7, classificada na modalidade Autogestão, estabelecida na Rua Anita Garibaldi, nº 77, Edifício Pirâmide, sala 201, Centro, CEP 88.010-500, em Florianópolis/SC, é a instituição que administrará o Plano Privado de Assistência à Saúde, objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

É PATROCINADORA do PLANO:

- i. **ELETROSUL CENTRAIS ELÉTRICAS S/A**, Sociedade de Economia Mista, inscrita no CNPJ sob o nº. 00.073.957/0001-68, com sede na Rua Dep. Antônio Edu Vieira, nº. 999, Pantanal Florianópolis/SC, CEP: 88.040-901, doravante denominada **PATROCINADORA**, que participará do custeio do **PLANO**, na forma estabelecida neste Regulamento.

A formalização da condição de **PATROCINADORA** está contemplada em Convênio de Adesão assinado entre as partes, por meio do qual as partes pactuarão direitos e obrigações recíprocos.

O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **ELOSAÚDE “PLANO ESUL”** e está registrado na ANS sob o nº. **478.679.17-3**, possuindo como Características Gerais:

- I- **Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
- II- **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
- III- **Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Municípios
- IV- **Área de Atuação:** Colombo-PR, Campo Mourão-PR, Curitiba-PR, Cruzeiro do Iguaçu-PR, Guarapuava-PR, Laranjeiras do Sul-PR, Londrina-PR, São José dos Pinhais-PR, Mandrituba-PR, Manoel Ribas-PR, Pinhão-PR, Pontal do Paraná-PR, Quedas do Iguaçu-PR, São Jorge D'Oeste-PR, Saudade do Iguaçu-PR, Umuarama-PR, Alegrete-RS, Alvorada-RS, Arroio dos Ratos-RS, Canoas-RS, Candiota-RS, Caxias do Sul-RS, Charqueadas-RS, Entre Rios do Sul-RS, Erechim-RS, Estrela-RS, Gravataí-RS, Guaíba-RS, Nova Santa Rita-RS, Novo Hamburgo-RS, Osório-RS, Passo Fundo-RS, Pelotas-RS, Porto Alegre-RS, Roque Gonzales-RS, Santa Vitoria do Palmar-RS, Santana do Livramento-RS, Santo Ângelo-RS, São Gerônimo-RS, Sapucaia do Sul-RS, Uruguaiana-RS, Viamão-RS, Xangrilá-RS, Águas Mornas-SC, Antônio Carlos-SC, Araranguá-SC, Armazém-SC, Balneário Camboriú-SC, Biguaçu-SC, Blumenau-SC, Brusque-SC, Campo Belo do Sul-SC, Campos Novos-SC, Canoinhas-SC, Capivari de Baixo-SC, Chapecó-SC, Concórdia-SC, Criciúma-SC, Florianópolis-SC, Gaspar-SC, Garopaba-SC, Governador Celso Ramos-SC, Gravatal-SC, Ibirama-SC, Ilhota-SC, Imaruí-SC, Imbituba-SC, Itapema-SC, Itapoã-SC, Itapiranga-SC, Itajaí-SC, Itá-SC, Jaraguá do Sul-SC, Joinville-SC, Lages-SC, Laguna-SC, Navegantes-SC, Orleans-SC, Paulo Lopes-SC, Palhoça-SC, Piratuba-SC, Rio Fortuna-SC, Santo Amaro da Imperatriz-SC, São Francisco do Sul-SC, São José-SC, São Pedro de Alcântara-SC, Siderópolis-SC, Tijucas-SC, Tubarão-SC, Urubici-SC, Xanxerê-SC.


ANS – N.º 41729-7

Rua Anita Garibaldi, 77 | 2º Andar | Centro | CEP: 88.010-500 | Florianópolis/SC
Fone: 048-3298-5555 | Fax: 3298-5550 | Plantão: 0800-739-5555 | elosaude.com.br



Brasília-DF, Goiânia-GO, Minaçu-GO, Aguiarnópolis-TO, Palmas-TO, Campo Grande-MS, Dourados-MS, Sonora-MS, Cuiabá-MT, Itiquira-MT, Rondonópolis-MT, Cariacica-ES, Vila Velha-ES, Vitória-ES, Belo Horizonte-MG, Betim-MG, Caratinga-MG, Contagem-MG, Coronel Fabriciano-MG, Divinópolis-MG, Governador Valadares-MG, Ipatinga-MG, Juiz de Fora-MG, Sabará-MG, Sete Lagoas-MG, Uberlândia-MG, Varginha-MG, Niterói-RJ, Resende-RJ, Rio de Janeiro-RJ, Volta Redonda-RJ, Osasco-SP, Pirassununga-SP, São Paulo-SP, Lauro de Freitas-BA, Salvador-BA, Juazeiro-BA, Beberibe-CE, Fortaleza-CE, Trairi-CE, Imperatriz-MA, São Luís-MA, Jaboatão dos Guararapes-PE, Paulista-PE, Petrolina-PE, Recife-PE, Olinda-PE, Parnaíba-PI, Teresina-PI.

V- **Padrão de Acomodação em Internação:** Individual;

VI- **Formação do Preço:** Pós-estabelecido em custo operacional.

1. OBJETIVO DO PLANO

O **PLANO ESUL**, doravante denominado “**PLANO**”, é um programa de assistência à saúde, destinado aos empregados, diretores e conselheiros da **PATROCINADORA** – doravante denominados “**BENEFICIÁRIOS**”-, extensivo aos dependentes dessas categorias que atenderem ao disposto no item **3.1.2** do regulamento.

Seu objetivo é oferecer aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura de despesas médicas, odontológicas e assistenciais, conforme legislação vigente (Lei 9.656/98) e regras retratadas neste instrumento.

2. OBJETIVO DO REGULAMENTO

O Regulamento do **PLANO** tem por objeto estabelecer as condições e regras da 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 9.656/1998, 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, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica.

O Regulamento do **PLANO** traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA NO PLANO

3.1. Poderão se inscrever no **PLANO**:

3.1.1 Na Qualidade de **BENEFICIÁRIO Titular**:

a. Diretores, empregados e dirigentes do Conselho de Administração da **PATROCINADORA**;

3.1.2. Na qualidade de **Dependente** do **BENEFICIÁRIO Titular**:

ANS – N.º 41729-7

Rua Anita Garibaldi, 77 | 2º Andar | Centro | CEP: 88.010-500 | Florianópolis/SC
Fone: 048-3298-5555 | Fax: 3298-5550 | Plantão: 0800-739-5555 | elosaude.com.br

- a. Cônjuge;
- b. Companheiro(a) que viva maritalmente com o empregado(a), inclusive em união homoafetiva, pública e contínua;
- c. Os filhos **com idade até 18 anos incompletos ou, caso sejam dependentes economicamente do titular, com idade até 25 anos incompletos**;
 - 1. A dependência econômica será comprovada mediante assinatura de termo, por parte do titular, junto à **PATROCINADORA**.
- d. O menor **sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial**;
- e. Inválidos de qualquer idade, dependentes economicamente do Titular, desde que pertencente às categorias de dependência descritas nos itens de "a" a "d" deste item;
- f. Pai e/ou mãe que viva à expensas do empregado, mediante comprovação e autorização prévia da PATROCINADORA;

3.1.3. Para a inscrição do BENEFICIÁRIO Titular e de seus Dependentes será necessário o preenchimento do Pedido de Filiação, no qual será manifestada sua concordância integral com os termos do Regulamento do PLANO.

3.2. – Condições de permanência no PLANO:

- 3.2.1.** A inscrição de **Dependentes** fica condicionada à participação do **Titular**, cessando seu direito de utilização e permanência no PLANO simultaneamente à exclusão do titular;
- 3.2.2.** Caberá ao empregado da **PATROCINADORA** formalizar seu pedido de inclusão junto à ELOSAÚDE até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, para inclusão no primeiro dia do mês subsequente;
 - 3.2.2.1** Caberá à PATROCINADORA validar todas as inclusões de BENEFICIÁRIOS (titulares e dependentes), junto à ELOSAÚDE, até o dia **05 (cinco)** de cada mês para que as mesmas sejam efetivadas;
- 3.2.3.** Caberá ao titular do PLANO formalizar seu pedido de exclusão, em conformidade com as exigências da Resolução Normativa 412 da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS;
- 3.2.4.** Caberá à PATROCINADORA formalizar o pedido de exclusão de Titulares e de dependentes, quando o titular houver sido desligado da empresa, em conformidade com as exigências da Resolução Normativa 412 da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS;
- 3.2.5.** Caberá, ainda, à PATROCINADORA manter em seu poder para exibição, sempre que solicitado pela ELOSAÚDE, os documentos que comprovem o vínculo dos Titulares com ela própria e a relação de parentesco consangüíneo ou por afinidade dos Dependentes em relação ao Titular.
 - 3.2.5.1.** A fim de bem obedecer aos termos do convênio firmado entre as partes, bem como à legislação vigente e respectivas alterações procedidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – a ELOSAÚDE tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas na inclusão de Titulares e/ou seus Dependentes.

3.2.6. Em respeito ao art. 12 da Lei nº 9.656/98, é assegurada a inclusão:

- I- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO;

ANS – N.º 41729-7

Rua Anita Garibaldi, 77 | 2º Andar | Centro | CEP: 88.010-500 | Florianópolis/SC
Fone: 048-3298-5555 | Fax: 3298-5550 | Plantão: 0800-739-5555 | elosaude.com.br



II- Do filho adotivo, de qualquer idade, do BENEFICIÁRIO.

3.2.7. A inclusão dos BENEFICIÁRIOS previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

4 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS - (AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA + ODONTOLOGIA)

A ELOSAÚDE cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Instrumento, aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, relativos aos atendimentos médico-hospitalares e odontológicos eletivos e de urgência e emergência, nos segmentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, além de exames clínicos, procedimentos diagnósticos, procedimentos odontológicos e atendimentos de urgência e emergência, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida no Regulamento do PLANO e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da ELOSAÚDE, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao PLANO e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

4.1. Para facilitar o entendimento dos BENEFICIÁRIOS as coberturas foram agrupadas, reunindo todos os segmentos do PLANO (ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontologia) conforme estabelecido a seguir.

4.2. A cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontologia compreende:

- a. Consultas médicas e odontológicas em número ilimitado, realizadas em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas e odontológicas), com as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO;
- b. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados por médico assistente devidamente habilitado, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- c. 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;
- d. 02 (duas) sessões com fonoaudiólogo por semana, considerados a partir da data de adesão do BENEFICIÁRIO, não cumulativas;
 - 1. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar, a cada período de 12 meses de tratamento, um laudo do profissional assistente (fonoaudiólogo), para que a ELOSAÚDE possa acompanhar a evolução de seu tratamento.
- e. 2 (duas) sessões com nutricionista por mês, considerados a partir da data de adesão do BENEFICIÁRIO, não cumulativos;

1. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar, a cada período de 12 meses de tratamento, um laudo do profissional assistente (nutricionista), para que a ELOSAÚDE possa acompanhar a evolução de seu tratamento.
- f. 01 (uma) sessão com psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra por semana, considerados a partir da data de adesão do BENEFICIÁRIO, não cumulativos;
 1. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar, a cada período de 12 meses de tratamento, um laudo do profissional assistente, para que a ELOSAÚDE possa acompanhar a evolução de seu tratamento.
- g. 02 (duas) sessões semanais com terapeuta ocupacional, considerados a partir da data de adesão do BENEFICIÁRIO, não cumulativos, para o BENEFICIÁRIO inscrito no PAPD (Programa de assistência à pessoa deficiente) que tiver diagnóstico de demência, retardo ou transtornos do desenvolvimento psicológico;
 1. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar, a cada período de 12 meses de tratamento, um laudo do profissional assistente (terapeuta ocupacional), para que a ELOSAÚDE possa acompanhar a evolução de seu tratamento.
- h. Procedimentos de reeducação e reabilitação física – inclusive consultas com fisioterapeutas – listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.
- i. Sessões de RPG – Reeducação Postural Global - em número não superior a 50 (cinquenta) sessões por BENEFICIÁRIO, por ano de permanência no PLANO;
- j. Fisioterapias de caráter exclusivamente odontológico (redução de luxação de ATM e outras), solicitadas por cirurgião dentista, desde que relacionadas à reeducação e reabilitação física ligadas à odontologia;
- k. 5 (cinco) sessões mensais de acupuntura, considerados a partir da data de adesão do BENEFICIÁRIO, não cumulativos, realizados por médico acupunturista, com reembolso de 1 (um) estojo com agulhas a cada 5 (cinco) sessões;
- l. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- m. 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, 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;
 1. Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- n. 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 da ANS em vigor à época do evento;
- o. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- p. Procedimentos de hemodinâmica que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- q. Hemoterapia ambulatorial e hospitalar;
- r. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde indicada por oftalmologista e justificada clinicamente;

- s. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- t. Despesas referentes a honorários médicos, alimentação e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter domiciliar;
- u. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- v. 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;
- w. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- x. Acomodação fornecida pelo hospital ao acompanhante do BENEFICIÁRIO, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares ou, ainda, de contraindicação do médico assistente;
- y. Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do paciente menor de 12 (doze) e maior de 60 (sessenta) anos ou Deficientes;
- z. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - 1. Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - 2. O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (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 ELOSAÚDE.
- aa. 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;
- bb. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- cc. 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 BENEFICIÁRIO, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- dd. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos;
- ee. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - 1. Nutrição parenteral ou enteral;

2. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 3. Radiologia intervencionista;
 4. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- ff.** 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;
- gg.** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
1. Serão cobertas as despesas com cirurgia plástica de caráter reparador, por acidente, por deformidade anatômica congênita que cause distúrbios funcionais no organismo e nos casos de reconstituição decorrentes de cirurgias radicais que provocaram extirpação de parte do corpo do indivíduo, desde que aprovada previamente pela ELOSAÚDE;
 2. Serão encaminhadas previamente à perícia médica todas as cirurgias enquadradas como procedimentos de Cirurgia Plástica, realizadas ou não por cirurgião plástico, bem como os procedimentos não enquadrados dentro da especialidade de Cirurgia Plástica, quando forem propostos por um cirurgião plástico.
- hh.** Transplantes e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
1. Despesas assistenciais com doadores vivos;
 2. Medicamentos utilizados durante a internação;
 3. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, inclusive medicamentos de manutenção;
 4. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
 5. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
 6. O BENEFICIÁRIO candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
 7. 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;
 8. 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.
- ii.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- jj.** Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislação vigente, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 24 horas após o parto), exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares, limitadas àquelas fornecidas pelo hospital;
- kk.** O direito a acompanhante no momento do parto, previsto no item anterior, se dará de acordo com a legislação vigente, estando coberto somente quando o médico assistente e/ou a equipe do hospital concordem com a sua presença;

- II.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.
- mm.** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:
1. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
 2. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
 3. No PLANO com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;
 4. 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 BENEFICIÁRIO a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- nn.** Procedimentos de DIAGNÓSTICO em odontologia:
1. Consulta Odontológica inicial;
 2. Condicionamento em odontologia;
 3. Teste de fluxo salivar;
 4. Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção).
- oo.** Procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA em odontologia:
1. Tratamento de odontalgia aguda;
 2. Imobilização dentária temporária;
 3. Recimentação de peça/trabalho protético;
 4. Tratamento de alveolite;
 5. Colagem de fragmentos dentários;
 6. Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 7. Reimplante de dente avulsionado com contenção;
 8. Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.
- pp.** Procedimentos de RADIOLOGIA:
1. Radiografia periapical;
 2. Radiografia interproximal - bite-wing;
 3. Radiografia oclusal;
 4. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).
 5. Cobertura como auxílio diagnóstico, pré e/ou pós-procedimento cirúrgico odontológico.
- qq.** Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:
1. Atividade Educativa;
 2. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 3. Aplicação Tópica de Flúor;
 4. Profilaxia – polimento coronário;
 5. Aplicação de selante;
 6. Dessensibilização dentária;
 7. Remineralização dentária.

rr. Procedimentos de DENTÍSTICA:

1. Aplicação de cariostático;
2. Adequação do meio bucal;
3. Restauração de amálgama;
4. Faceta em resina fotopolimerizável;
5. Restauração resina fotopolimerizável;
6. Núcleo de preenchimento;
7. Ajuste oclusal;
8. Restauração em ionômero de vidro;
9. Restauração em resina fotopolimerizável;
10. Restauração temporária /tratamento expectante;
11. Tratamento restaurador atraumático;
12. Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

ss. Procedimentos de PERIODONTIA:

1. Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
2. Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
3. Imobilização dentária temporária ou permanente;
4. Gengivectomia/gengivoplastia;
5. Aumento de coroa clínica;
6. Cunha proximal;
7. Cirurgia periodontal a retalho;
8. Tratamento de abscesso periodontal.

tt. Procedimentos de ENDODONTIA:

1. Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
2. Pulpotomia;
3. Remoção de corpo estranho intracanal;
4. Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
5. Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
6. Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
7. Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
8. Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
9. Remoção de núcleo intra-canal;
10. Remoção de peça/trabalho protético.

uu. Procedimentos de CIRURGIA em odontologia:

1. Alveoloplastia;
2. Apicectomiaunirradicular;
3. Apicectomiabirradicular;
4. Apicectomiatrirradicular;
5. Apicectomiaunirradicular com obturação retrógrada;
6. Apicectomiabirradicular com obturação retrógrada;
7. Apicectomiatrirradicular com obturação retrógrada;
8. Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
9. Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
10. Cirurgia para tórus/exostose (unilateral e/ou bilateral);
11. Exérese ou Excisão de mucocèle, rândula ou cálculo salivar;
12. Exodontia a retalho;
13. Exodontia de raiz residual;

14. Exodontia simples de permanente;
15. Exodontia simples de decíduo;
16. Redução de fratura alvéolo dentária;
17. Frenotomia/Frenectomia labial;
18. Frenotomia/Frenectomia lingual;
19. Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
20. Tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais;
21. Tratamento de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila;
22. Tratamento de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
23. Tratamento de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
24. Ulectomia/Ulotomia;
25. Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
26. Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
27. Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
28. Aprofundamento/ aumento de vestibulo;
29. Bridectomia/ bridotomia;
30. Odonto-seção;
31. Redução de luxação da ATM.

vv. Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

1. Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
2. Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
3. Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto;
4. Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
5. Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética;

ww. Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética. A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

xx. Todas as próteses odontológicas regularmente cobertas terão carências de 24 (vinte e quatro) meses para reutilização ou substituição, salvo quando justificados pelo dentista e analisadas pela perícia odontológica, seja comprovada a necessidade de substituição em período inferior;

yy. Cobertura para tratamento ortodôntico, incluindo tratamento prévio (preparação para colocação do aparelho e documentação radiológica), aparelho ortodôntico e despesas com manutenção até a conclusão do tratamento.

1. Será autorizado o pagamento das mensalidades referentes à manutenção do tratamento ortodôntico por período não superior a 60 (sessenta) meses.

zz. O PLANO garante, ainda:

1. 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 na regulamentação da ANS vigente na data do evento;
2. Participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;
 3. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.
 4. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes.

5 – PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

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 PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Instrumento e os provenientes de:

- 5.1. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da ELOSAÚDE sem atendimento às condições previstas no Regulamento;
- 5.2. Atendimentos prestados antes do início da vigência, respeitadas as condições do regulamento;
- 5.3. Internações em estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para emagrecimento ou para repouso;
- 5.4. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país (que, por conseguinte, não estejam em conformidade com a legislação vigente), 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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- 5.5. 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;
- 5.6. 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 5.7. Cirurgia plástica de qualquer natureza, destinada exclusivamente para fins estéticos;

- 5.8. 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;
- 5.9. 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;
- 5.10. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.11. Serviço de enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 5.12. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- 5.13. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.14. 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;
- 5.15. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 5.16. Avaliação pedagógica;
- 5.17. Orientações vocacionais;
- 5.18. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 5.19. Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- 5.20. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais.
- 5.21. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos odontológicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações;
- 5.22. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento ou, ainda, aquelas cuja cobertura se der, quando devidamente enquadrada, em caráter assistencial, conforme regras dos programas assistenciais da PATROCINADORA;

- 5.23. Quaisquer tratamentos odontológicos sem indicação clínica;
- 5.24. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores quando exclusivamente para fins estéticos;
- 5.25. Clareamento dentário, quando exclusivamente para fins estéticos.

6 – VALIDADE DO REGULAMENTO E DURAÇÃO DO BENEFÍCIO

- 6.1. O Regulamento do PLANO vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.
- 6.2. A data de início de vigência da adesão do BENEFICIÁRIO ao PLANO será sempre o primeiro dia do mês subsequente ao mês de recebimento, pela ELOSAÚDE, da comunicação de inscrição do BENEFICIÁRIO ao PLANO, nos termos do Regulamento.

7 – CARÊNCIAS – PLANO MÉDICO

Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO.

- 7.1. Todos os BENEFICIÁRIOS inscritos no PLANO ingressarão sem necessidade de cumprir os prazos de carências estabelecidos em Lei.

8 – CARÊNCIAS – PLANO ODONTOLÓGICO

Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO.

- 8.1. Todos os BENEFICIÁRIOS inscritos no PLANO ingressarão sem necessidade de cumprir os prazos de carências estabelecidos em Lei.

9 – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

- 9.1. Não serão aplicadas as restrições previstas em Lei para os casos de doenças e/ou lesões pré-existentes dos BENEFICIÁRIOS inscritos no PLANO.

10 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 10.1. Considera-se atendimento de Urgência e Emergência:

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

10.1.2. 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.

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

- a. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, a partir da adesão do BENEFICIÁRIO ao PLANO;
- b. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do PLANO e conforme regras previstas nessa Seção;
- c. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do PLANO, 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.

10.2. Considera-se atendimento de Urgência e Emergência Odontológico:

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

10.3. Os atendimentos realizados em caráter de urgência ou emergência fora da rede credenciada ELOSAÚDE deverão ser pagos pelo BENEFICIÁRIO, o qual fará jus ao respectivo ressarcimento através de reembolso, conforme regras específicas, estabelecidas para o tema "reembolso", detalhadas neste instrumento.

10.4. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência;

11 – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES/REEMBOLSO

11.1. Além da rede credenciada do PLANO o BENEFICIÁRIO terá direito à livre escolha de profissionais fora da referida rede para a realização dos atendimentos regularmente cobertos pelo PLANO desde que assuma integralmente o pagamento em caráter particular pelo serviço realizado;

11.2. Uma vez tendo utilizado serviços fora da rede credenciada o BENEFICIÁRIO fará jus ao reembolso de valores, obedecendo aos limites, tabelas, regras e normas deste instrumento, conforme estabelecido abaixo:

ANS – N.º 41729-7

Rua Anita Garibaldi, 77 | 2º Andar | Centro | CEP: 88.010-500 | Florianópolis/SC
Fone: 048-3298-5555 | Fax: 3298-5550 | Plantão: 0800-739-5555 | elosaude.com.br

- 11.2.1. A ELOSAÚDE assegurará a análise e o processamento do pedido de reembolso, no limite das obrigações deste instrumento, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com a assistência à saúde e à saúde odontológica aqui previstas, em função de atendimentos eletivos e/ou de urgência e emergência quando o BENEFICIÁRIO for atendido fora de sua rede credenciada, desde que previamente autorizadas (nos casos eletivos).
- 11.2.2. Caberá à ELOSAÚDE a análise, aceitação e/ou devolução dos documentos, e o referido processamento dar-se-á exclusivamente mediante apresentação, pelo BENEFICIÁRIO, dos seguintes documentos originais e observância das seguintes regras:
- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela ELOSAÚDE (Recibos, Faturas e/ou Notas Fiscais emitidos em nome do empregado ou dependente, contendo o nome do profissional ou estabelecimento, CPF ou CNPJ, número do Conselho Regional da categoria do profissional responsável pelo atendimento, código das Tabelas CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) e/ou AMB (Associação Médica Brasileira), descrição do serviço, seu respectivo valor e data de realização);
 - Conta analítica médico-hospitalar ou odontológica, nota fiscal de despesas com diárias, taxas, materiais, medicamentos, exames e todos os atendimentos, com os respectivos valores discriminados, em caso de internação;
 - Relatório do médico ou dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência (se for o caso);
 - Quando ocorrer mais de uma cirurgia no mesmo ato operatório, é necessário constar o nome das demais, seus respectivos códigos e valores;
 - Comparecimento do BENEFICIÁRIO, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela ELOSAÚDE, e de acordo com seus critérios;
 - Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;
- 11.2.3. A ELOSAÚDE efetuará o depósito do reembolso devido diretamente na conta corrente do BENEFICIÁRIO titular, independentemente de qual dos BENEFICIÁRIOS inscritos (titular ou dependente(s)) tenha utilizado o serviço;
- 11.2.4. A ELOSAÚDE será restituída pela PATROCINADORA pelos valores pagos aos BENEFICIÁRIOS a título de reembolso;
- 11.2.4.1. As informações sobre o reembolso de despesas (arquivo eletrônico) serão repassadas à mensalmente PATROCINADORA para compor os controles internos da empresa;
- 11.2.5. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.
- 11.2.5.1. Fará jus ao prazo previsto neste item o BENEFICIÁRIO que, no ato da solicitação do reembolso, ainda estiver ativo no PLANO.
- 11.2.6. O pedido de reembolso de despesas com saúde obedecerá aos valores das notas fiscais e/ou dos recibos apresentados pelo BENEFICIÁRIO e o efetivo reembolso obedecerá às tabelas praticadas pela ELOSAÚDE junto à sua rede CREDENCIADA não podendo, em hipótese alguma, ser inferior à referida tabela;

- 11.3. Não poderão ser apresentados como comprovantes de despesas documentos firmados por parentes consangüíneos e afins até o terceiro grau.

- 11.4. O reembolso das despesas pagas diretamente pelo BENEFICIÁRIO ao prestador, em qualquer caso, só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos pelo Regulamento.
- 11.5. Não serão aceitas para reembolso: comprovantes rasurados, 2ª vias e cópias de receitas ou receitas já reembolsadas;
- 11.6. Os BENEFICIÁRIOS que optarem pela modalidade denominada “reembolso com financiamento” deverão prestar tal informação à ELOSAÚDE no momento em que ingressarem com a documentação.
- 11.6.1. A não informação concomitante ao pedido desobriga a ELOSAÚDE de proceder o reembolso com financiamento.

12 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 12.1. Na inscrição de qualquer BENEFICIÁRIO no PLANO, será entregue – até 10 (dez) dias úteis após a efetivação da inclusão - uma Carteira de BENEFICIÁRIO, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.
- 12.2. Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira assistencial, o BENEFICIÁRIO deverá comunicar imediatamente o fato à ELOSAÚDE, para bloqueio de sua utilização, sob pena do Titular/Responsável responder pelas despesas indevidamente realizadas.
- 12.3. O BENEFICIÁRIO que admitir, permitir ou compactuar com a utilização de sua Carteira de BENEFICIÁRIO por terceiros estará cometendo ato fraudulento contra a ELOSAÚDE e estará sujeito à pena, a ser decidida pela ELOSAÚDE em conjunto com a PATROCINADORA. Pena esta que pode variar de suspensão temporária do PLANO para si e seus dependentes inscritos, chegando até ao cancelamento definitivo do benefício;
- 12.4. Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, de BENEFICIÁRIO, o Titular/Responsável a que esteja vinculado obriga-se a devolver, imediatamente, as Carteiras de BENEFICIÁRIOS fornecidas pela ELOSAÚDE, sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do PLANO, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.
- 12.5. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento standard, com direito a acompanhante;
- 12.6. Na hipótese de o BENEFICIÁRIO optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital. Negociação esta na qual a ELOSAÚDE não interfere em hipótese alguma.
- 12.7. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela ELOSAÚDE, na acomodação em que o BENEFICIÁRIO 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.

- 12.8. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados ou credenciados pela ELOSAÚDE, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade do PLANO.
- 12.9. O BENEFICIÁRIO poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede de serviço do PLANO exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.
- 12.10. Ao utilizar a rede credenciada do PLANO, o BENEFICIÁRIO não fará qualquer desembolso, cabendo à ELOSAÚDE efetuar o pagamento diretamente ao credenciado em nome e por conta do BENEFICIÁRIO.
- 12.11. Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo PLANO de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o BENEFICIÁRIO, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com a Carteira de BENEFICIÁRIO do PLANO de saúde.
- 12.12. O atendimento, por meio do sistema de Livre Escolha dos Serviços Credenciados, será prestado aos BENEFICIÁRIOS do PLANO por meio da utilização da rede de profissionais e instituições credenciadas, estabelecidos os preços, de comum acordo, nos termos de Prestação de Serviços.
- 12.13. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos BENEFICIÁRIOS, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.
- 12.14. A lista de prestadores de serviço será disponibilizada no portal da ELOSAÚDE na internet, através do endereço eletrônico www.elosaude.com.br, sendo esta 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:
- É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao BENEFICIÁRIO 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.
 - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da ELOSAÚDE durante período de internação de algum BENEFICIÁRIO, 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 ELOSAÚDE providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.
 - No caso de redução de entidade hospitalar, será necessária autorização prévia da ANS.

- 12.15. Os serviços previstos neste instrumento, quando realizados dentro da rede credenciada do PLANO, serão prestados aos BENEFICIÁRIOS mediante emissão de autorização prévia pela ELOSAÚDE ou de acordo com suas normas de atendimento, previamente conhecidas pela rede credenciada.
- 12.16. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia desobriga o PLANO de seu pagamento, ressalvados os casos em que haja comprovada emergência ou nos casos de urgência.
- 12.17. Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os BENEFICIÁRIOS serão regularmente atendidos e terão o prazo de 2 (dois) dias úteis após o término do atendimento para providenciar a autorização de que trata este instrumento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo prestador e o PLANO não se responsabilizar por quaisquer despesas.
- 12.18. De posse da autorização de procedimentos emitida pelo PLANO, acompanhada de uma via do laudo médico, o BENEFICIÁRIO deverá procurar o hospital ou clínica credenciada para a realização do procedimento.
- 12.19. Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.
- 12.20. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, os prazos para liberação das referidas autorizações serão cumpridos de acordo com o estabelecido regularmente.
- 12.21. 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 ELOSAÚDE.
- 12.22. A ELOSAÚDE poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.
- 12.23. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor da ELOSAÚDE.
- 12.24. A ELOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes neste instrumento.

13 – CO-PARTICIPAÇÃO

- 13.1. Entende-se por co-participação a parte efetivamente paga pelo BENEFICIÁRIO Titular/Responsável à PATROCINADORA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.
- 13.2. Serão cobradas pela PATROCINADORA diretamente do BENEFICIÁRIO, descontadas em folha de pagamento, co-participações de 20% (vinte por cento) sobre todos os procedimentos com saúde e odontologia;

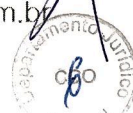
- 13.3. Qualquer co-participação a ser aplicada sobre a utilização dos serviços será estabelecida pela patrocinadora, de acordo com sua política de benefícios, não cabendo a ELOSAÚDE qualquer interferência ou gestão sobre procedimentos e/ou valores.
- 13.4. Serão de responsabilidade do BENEFICIÁRIO Titular/Responsável os valores de co-participações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o BENEFICIÁRIO estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o BENEFICIÁRIO Titular/Responsável obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse BENEFICIÁRIO já tenha ocorrido.

14 – FORMAÇÃO DO PREÇO E REGIME DE PAGAMENTO

- 14.1. O custeio das despesas assistenciais ocorrerá por meio da adoção do sistema de pós-pagamento, em custo operacional, significando que o valor da contraprestação pecuniária a cargo da PATROCINADORA será calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 2, sub-item II) e alterações posteriores, cabendo à ELOSAÚDE informar à PATROCINADORA o valor total das despesas assistenciais;
- 14.2. A cobrança dos valores pelo sistema de custo operacional se dará com base na tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), com valores de serviços e honorários praticados de acordo com negociação da ELOSAÚDE junto à rede credenciada e que estejam em vigor à época de ocorrência dos eventos.
- 14.3. As faturas com o valor dos serviços prestados, incluindo os acréscimos relativos aos respectivos encargos previdenciários e tributos incidentes, devidamente comprovados pelos documentos de faturamentos, das taxas da Operadora e demais valores previstos no convênio firmado entre as partes, serão pagas até o dia 25 de cada mês.
- 14.4. A fatura será apresentada pela ELOSAÚDE com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de seu respectivo vencimento;
- 14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento de responsabilidade da PATROCINADORA, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

15 – REAJUSTE

- 15.1. Sempre que houver negociações de valores de honorários e serviços com os prestadores de serviços da ELOSAÚDE, ou atualização de tabelas e/ou indexadores, que reflitam nos custos assistenciais do PLANO, estes serão integralmente repassados à PATROCINADORA.


ANS – N.º 41729-7Rua Anita Garibaldi, 77 | 2º Andar | Centro | CEP: 88.010-500 | Florianópolis/SC
Fone: 048-3298-5555 | Fax: 3298-5550 | Plantão: 0800-739-5555 | elosaude.com.br

16 – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 16.1. Caberá à PATROCINADORA solicitar a exclusão dos titulares (e respectivos dependentes) que tenham sido desligados da empresa;
- 16.2. A ocorrência de qualquer fato que a justifique, a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo BENEFICIÁRIO Titular/Responsável ao PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.
- 16.3. A exclusão do BENEFICIÁRIO Titular/Responsável implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes.
- 16.4. O cancelamento da inscrição de BENEFICIÁRIOS, nos termos tratados neste Regulamento, não exige a PATROCINADORA de quitar eventuais débitos com a ELOSAÚDE.
- 16.5. O BENEFICIÁRIO excluído do PLANO deverá, obrigatoriamente, devolver sua “Carteira de BENEFICIÁRIO” da ELOSAÚDE, e será imediatamente suspensa a utilização dos serviços prestados pelo PLANO, enquadrando-se seu uso após o desligamento, como fraude ao PLANO, sujeito às penalidades cabíveis.
- 16.5.1. O titular cujo dependente excluído venha a utilizar indevidamente sua carteira de BENEFICIÁRIO após a efetiva exclusão estará sujeito à pena, a ser decidida pela ELOSAÚDE em conjunto com a PATROCINADORA. Pena esta que pode variar de suspensão temporária do PLANO para si e seus dependentes inscritos, chegando até ao cancelamento definitivo do benefício;
- 16.5.2. O titular excluído que venha a utilizar indevidamente sua carteira de BENEFICIÁRIO estará sujeito à cobrança judicial – por parte da PATROCINADORA – de todas as despesas geradas pela referida utilização;
- 16.5.3. A responsabilidade de recolher a carteira de BENEFICIÁRIO do titular excluído, bem como de dependentes também excluídos, é da PATROCINADORA, à qual suportará todas as despesas geradas por eventuais utilizações indevidas.

17 - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. Para os efeitos deste manual, são adotadas as seguintes definições:

- a. **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
- b. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área de atuação do PLANO, definida neste Regulamento, dentro da qual o BENEFICIÁRIO poderá utilizar os serviços cobertos.
- d. **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto durante o qual os BENEFICIÁRIOS não têm direito às coberturas pactuadas;

- e. **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.ª revisão.
 - f. **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
 - g. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;
 - h. **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
 - i. **RADIOGRAFIA INICIAL:** radiografia tirada antes da execução do procedimento, com o fim de ratificar o diagnóstico do paciente, sendo solicitada quando o cirurgião-dentista precisa realizar o diagnóstico de patologias bucais e realizar intervenções;
 - j. **RADIOGRAFIA FINAL:** radiografia tirada após a realização do procedimento com a finalidade, dentre outras, de atestar a eficácia do procedimento executado no paciente, sendo solicitada para averiguar a qualidade do procedimento realizado.
 - k. **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- 17.2. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.
- 17.3. As receitas da ELOSAÚDE, bem como seus processos contábeis, serão geridas e administradas em conformidade com o previsto em seu Estatuto Social.
- 17.4. Será cobrada Taxa de Administração conforme definido no Convênio de Adesão assinado entre as partes.
- 17.5. Compete ao Conselho Deliberativo da ELOSAÚDE aprovar alterações no Regulamento do PLANO, estabelecer normas administrativas e deliberar sobre casos omissos no referido Regulamento.
- 17.6. Os valores estipulados na Tabela de Reembolso, para honorários médicos e exames complementares, têm como parâmetro a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, com os redutores adotados pelo PLANO.
- 17.6.1. Para os procedimentos que não encontrarem parâmetro na referida tabela, valerá a tabela ELOSAÚDE vigente junto à sua rede Credenciada na época da utilização do serviço.
- 17.7. Os valores estipulados na Tabela de Serviços Odontológicos têm como parâmetro a Tabela própria do PLANO.
- 17.8. O Regulamento do PLANO foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.
- 17.9. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

- 17.10. Nenhuma responsabilidade caberá à ELOSAÚDE por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do Titular/Responsável ou de seus Dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos de livre escolha do BENEFICIÁRIO.
- 17.11. A ELOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.
- 17.12. É parte integrante do Regulamento do PLANO, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado junto à PATROCINADORA, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 148/07.
- 17.13. O Regulamento do PLANO entrará em vigor na data de sua aprovação.
- 17.14. Após análise e aprovação dos temas relativos a este instrumento jurídico pela ANS, o presente instrumento deverá ser revisto para contemplar as críticas e recomendações apontadas pelo órgão regulador.

18 – BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

18.1. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

18.1.1. O programa de assistência à pessoa com deficiência é destinado a titulares e/ou dependentes regularmente inscritos no PLANO, portadores de deficiência física e/ou mental, devidamente identificados pela PATROCINADORA através de documento próprio, e seu objetivo é a prestação de assistência à reabilitação, educacional e especial, abrangendo os seguintes serviços:

- a) Tratamento especializado na área de assistência médico-hospitalar, farmacêutica, psiquiátrica, psicológica, de reabilitação e de reeducação especializada (psicomotricidade, fonoaudiologia, fisioterapia), terapeutas ocupacionais, exames laboratoriais e serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias e outras por recomendação médica e aprovadas previamente pela ELOSAÚDE;
- b) Aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas: pernas e braços mecânicos, muletas, cadeiras de rodas, cadeiras de banho, andadores ortopédicos, palmilhas e calçados ortopédicos, qualquer outro aparelho ortopédico destinado à correção de desvio de coluna ou defeitos dos membros ou das articulações, vinculado à respectiva CID - Classificação Internacional de Doenças;
- c) Material para uso específico de higiene: fraldas descartáveis, sondas (traqueal, uretral, uripen e gastro), vinculado à respectiva CID;
- d) Aparelhos auditivos, ortopédicos, odontológicos e oculares;
 - i. Considerar no programa, além do aparelho auditivo, os gastos com parafusos, placas e hastes metálicas utilizadas em cirurgias ortopédicas ou odontológicas,

- com marcapasso e com a colocação de lente intra-ocular em cirurgia de catarata, desde que os valores relativos a estes gastos sejam limitados ao valor mensal vigente, de acordo com norma de gestão própria da PATROCINADORA;
- ii. Apresentar laudo médico recomendando a substituição do aparelho, em caso de troca de aparelhos e próteses ortopédicas, o qual será analisado pelo Órgão de Benefícios.
- e) Assistência educacional – matrícula e mensalidade-prestada por entidades especializadas na educação de pessoas com deficiência, cujos pagamentos serão feitos pelo BENEFICIÁRIO que solicitará o respectivo reembolso à ELOSAÚDE;
- f) Assistência especial - despesas com assistências individuais, na residência, incluindo-se os encargos sociais e transporte especializado;
- i. Na Assistência Especial o empregado deve emitir Termo de Responsabilidade, responsabilizando-se pelos serviços prestados pelo profissional contratado, bem como pelas informações prestadas;
1. **Nota:** O empregado é o contratante do serviço, cabendo-lhe as responsabilidades legais sobre o contrato.
- ii. O reembolso de despesas com assistência educacional será processado pela ELOSAÚDE, entretanto, o valor reembolsável será ressarcido pela PATROCINADORA, seguindo normas assistenciais da empresa;
- iii. Não fazem jus sequer à solicitação de reembolso os gastos com alimentação, quando cobrada à parte, bem como os gastos com material escolar de qualquer tipo, despesas com vale transporte ou vale refeição.
- g) A inscrição (indicação do BENEFICIÁRIO), manutenção (controle do cumprimento das regras internas para ter direito ao programa) e desligamento de funcionários do programa de assistência à pessoa com deficiência ficará a cargo da PATROCINADORA;

18.2. CONVÊNIO FARMÁCIA

18.2.1. A ELOSAÚDE disponibilizará ao BENEFICIÁRIO do PLANO atendimento em rede credenciada de farmácias e drogarias, nas quais poderão ser adquiridos medicamentos de uso contínuo, prolongado e/ou eventual, desde que indicados por médico ou dentista e acompanhados de receita apropriada;

18.2.1.1. O fornecimento de medicamentos por parte da rede credenciada de farmácias e drogarias está condicionado ao convênio firmado entre a ELOSAÚDE e o referido fornecedor, convênio este no qual estão descritos os medicamentos que não poderão ser fornecidos mesmo com indicação médica e receita apropriada.

18.2.2. Os produtos adquiridos serão pagos pela ELOSAÚDE ao fornecedor e, uma vez faturados pela ELOSAÚDE, os valores pagos serão recuperados junto à PATROCINADORA através de competente documento de cobrança;

18.2.3. O faturamento, e conseqüente pagamento das contas relativas às despesas geradas na rede conveniada de farmácias e drogarias, por parte da PATROCINADORA à

ELOSAÚDE, obedecerá aos processos, prazos e trâmites do faturamento de serviços médico-hospitalares;

- 18.2.4. Os percentuais de coparticipação a serem cobrados do empregado quando da aquisição de medicamentos também obedecem às regras próprias da PATROCINADORA e serão aplicados por ela se e quando for o caso.

18.3. REEMBOLSO DE ÓCULOS DE GRAU, LENTES OFTALMOLÓGICAS, APARELHOS AUDITIVOS E/OU ORTOPÉDICOS

- 18.3.1. Os BENEFICIÁRIOS regulamente inscritos no plano terão direito ao reembolso de óculos de grau, lentes oftalmológicas de grau e aparelhos auditivos e/ou ortopédicos, reembolso este que será feito pela ELOSAÚDE, obedecendo às regras e limites determinados pela PATROCINADORA;

- 18.3.2. Fará jus ao reembolso das despesas listadas no sub-item 18.3.1 todos os BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos no plano, desde obedeçam às seguintes regras:

- a) Poderão ser reembolsados Óculos de Grau ou Lentes Oftalmológicas, mas nunca os dois simultaneamente para o mesmo BENEFICIÁRIO, observando-se as seguintes regras:
- i. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar a receita oftalmológica na ELOSAÚDE com o grau indicado e a justificativa do médico referente ao uso de lentes de contato ou lentes descartáveis e quantidade necessária por ano.
 - ii. Serão reembolsados até 2 (dois) óculos, desde que o uso seja indicado para perto e longe. Nos casos de lentes bifocais ou multifocais, será reembolsado somente um óculos;
 - iii. Os óculos de sol, mesmo contendo grau em suas lentes, não serão reembolsados, mesmo que o BENEFICIÁRIO apresente relatório médico indicando seu uso;
 - iv. Os óculos com lentes especiais, para trabalho em computador, mesmo indicados por médico, não serão reembolsados;
 - v. O reembolso referente à substituição de lentes de contato ou lentes de óculos de grau, por quebra em virtude de acidente de trabalho ou que fique caracterizada a alteração de grau, só será concedido quando justificado por escrito;
 - vi. Para o reembolso de óculos de grau, lentes de contato ou lentes descartáveis será exigida apresentação de nota fiscal de venda ao consumidor.
 - vii. O reembolso de óculos de grau e/ou lentes de contato compreenderá:
 1. Uma armação de óculos a cada 24 (vinte e quatro) meses;
 2. Lentes de contato de grau a cada 12 (doze) meses;
 3. Em caso de alteração de grau das lentes dos óculos em período inferior a 12 (doze) meses será concedido novo reembolso somente da(s) lente(s) que tenha(m) sofrido alteração;
 4. Não será reembolsada nova armação e lente ou lentes de contato de grau, decorrente de perda, dano irreparável ou quebra, durante o período de carência, salvo nos casos de Acidente de Trabalho;

5. Serão reembolsados, concomitantemente, a aquisição de óculos e lentes de contato, quando prescritos graus diferentes, longe e perto, para ambos;
6. As despesas com materiais necessários à manutenção e conservação de lentes de contatos de grau são reembolsáveis, desde que sejam acompanhadas de receita médica.

b) Aparelhos Auditivos e Ortopédicos:

- i. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar à ELOSAÚDE nota fiscal de venda ao consumidor, com requisição médica referente à aquisição do aparelho.
 1. Serão reembolsadas despesas com aquisição de aparelhos auditivos e ortopédicos a cada 24 (vinte e quatro) meses;
 2. As despesas com consertos e acessórios serão reembolsadas nos casos em que se comprove a necessidade da substituição ou quando houver danos irreparáveis em virtude de acidentes.

c) Aluguel de Equipamentos Hospitalares e Aparelhos Auxiliares:

- i. O BENEFICIÁRIO deverá apresentar à ELOSAÚDE o relatório médico com diagnóstico para análise referente a aluguel de aparelhos auxiliares, com tempo de uso determinado.

18.3.3. Todo e qualquer reembolso será feito diretamente pela ELOSAÚDE ao BENEFICIÁRIO;

18.3.4. Incidirão sobre os atendimentos/serviços utilizados as mesmas co-participações aplicáveis a cada caso, conforme normas internas da PATROCINADORA;

18.3.5. A PATROCINADORA restituirá à ELOSAÚDE todos os valores pagos aos BENEFICIÁRIOS a título de reembolso de despesas estabelecidos nesse tópico, nos mesmos moldes do faturamento normal.

19 – CARTA DE FIANÇA

19.1. Quando o BENEFICIÁRIO optar por utilizar serviços fora da rede credenciada ELOSAÚDE, lhe será oportunizada a opção de utilizar uma “Carta fiança”, que assegurará ao prestador de serviços a emissão de cobrança contra a ELOSAÚDE;

19.2. Ficará a cargo da ELOSAÚDE a emissão de tal carta, destinada exclusivamente ao prestador de serviços referenciado pelo BENEFICIÁRIO, com fiança para serviços previamente conhecidos, obedecendo aos limites e regras do plano;

19.3. PATROCINADORA reembolsará a ELOSAÚDE pelos serviços utilizados pelos BENEFICIÁRIOS fora da rede credenciada – que tenham sido autorizados por meio de carta de fiança - nos mesmos moldes do faturamento normal.

20 - FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do BENEFICIÁRIO Titular/Responsável para dirimir qualquer demanda sobre o Regulamento do PLANO, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

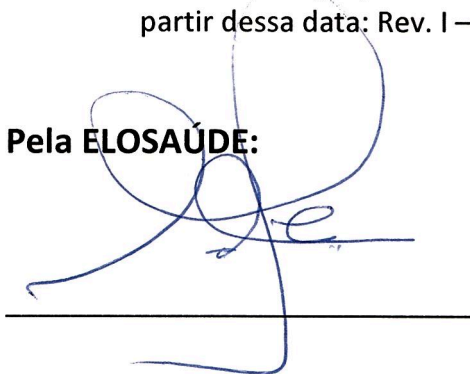
21 – CONTROLE DE ATUALIZAÇÕES

21.1 – O presente Regulamento poderá sofrer atualizações periódicas, mediante aprovação prévia da PATROCINADORA e da ELOSAÚDE e controle regular de versão.

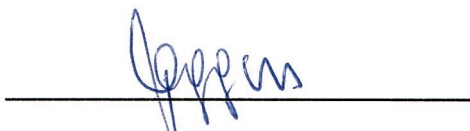
a. O Regulamento original foi produzido e aprovado por ocasião do registro do PLANO e a versão inicial vigorou até 30/06/2017.

b. 1ª Revisão – proposta e aprovada em junho de 2017, gerando, com isso, a versão vigente a partir dessa data: Rev. I – 06/2017 – Vigência: 01/07/2017.

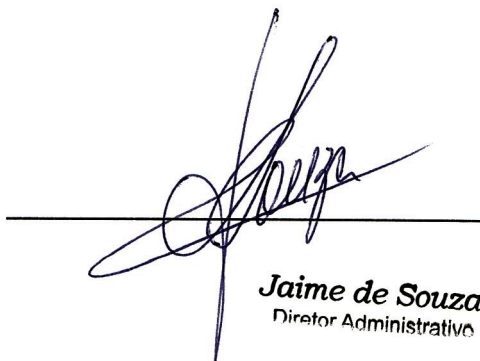
Pela ELOSAÚDE:



Pela PATROCINADORA:



Gilberto Odilon Eggers
Diretor-Presidente



Jaime de Souza
Diretor Administrativo

