REGULAMENTO DO PLANO "ESAP" - ESTAGIÁRIOS E APRENDIZES

Capítulo I
CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. 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**.

Art. 2º. São **PATROCINADORAS** do **PLANO:**

I- **ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde**, já qualificada neste instrumento;
II- **Eletrosul – Centrais Elétricas S.A. – situada na Rua Dep. Antônio Edu Vieira, 999 – Pantanal – Florianópolis-SC, inscrita no CNPJ sob. nº 00.073.957/0001-68;**
III- **Engie Brasil Energia S.A. – situada na Rua Paschoal Apóstolo Pítsica, 5064 – Agronômica – Florianópolis-SC – inscrita no CNPJ sob nº 02.474.103/0001-19;**
IV- **Engie Geração Solar Distribuída S.A., situada na Rua Emílio Blum, nº 131, Centro, - Florianópolis-SC, inscrita no CNPJ sob o nº 25.564.686/0001-01,**
V- **Fundação ELOS de Previdência e Assistência Social – situada na Praça Pereira Oliveira, 64 – Centro – Florianópolis-SC – Inscrita no CNPJ sob nº: 42.286.245/0001-77;**
VI- **Previg – Sociedade de Previdência Complementar – situada na Rua Dom Jaime Câmara, 229 – Centro - Florianópolis–SC – inscrita no CNPJ sob nº 05.341.008/0001-35;**
VII- **Usina Termelétrica Pampa Sul S.A. – situada na Rua Paschoal Apóstolo Pítsica, 5064 – Agronômica – Florianópolis-SC – inscrita no CNPJ sob nº 04.739.720/0001-24;**

Parágrafo único. A formalização da condição de **PATROCINADORA** será efetivada por meio de Convênio de Adesão, por meio do qual as partes pactuarão direitos e obrigações recíprocos para a administração e execução do **PLANO**.

Art. 3º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **PLANO ESAP - ESTAGIÁRIOS E APRENDIZES** e está registrado na ANS sob o nº. 478.773/17-1 possuindo como Características Gerais:

I- **Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
II- **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.
III- **Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Municípios;
I- **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, Mandirituba-PR, Manoel Ribas-PR, Pinhão-PR, Pontal do Paraná-PR, Quedas do Iguacu-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 Jerônimo-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-

ENGIE JURÍDICO TRABAL

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.
Brasília-DF, Goiânia-GO, Minaçú-GO, Aguiarnopolis-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 Luis-MA, Jaboatão dos Guararapes-PE, Paulista-PE, Petrolina-PE, Recife-PE, Olinda-PE, Parnaíba-PI, Teresina-PI.

II- **Padrão de Acomodação em Internação:** Coletiva;

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

Parágrafo único. Além das coberturas previstas nas Seções I, II e III do Capítulo V – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III do referido Capítulo.

Capítulo II
ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O presente Regulamento tem por objeto disciplinar 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 9.656/1998, 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, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo único. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde com características de contrato de adesão.

Capítulo III
DEFINIÇÕES

Art. 5º. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I- **ACIDENTE PESSOAL**: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

II- **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

III- **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO**: área em que a **ELOSAÚDE** fica obrigada a assegurar todas as coberturas de assistência à saúde garantidas pelo **PLANO**.

IV- **ATENDIMENTO ELETIVO**: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

V- **CID-10**: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

VI- **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;

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

VII- **HOSPITAL DIA**: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

VIII- **LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**: mecanismo de acesso oferecido ao Beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao **PLANO**, mediante reembolso das despesas assistenciais.

Parágrafo único. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

Capítulo IV
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º. Poderão se inscrever no **PLANO**:

I- Na Qualidade de **Beneficiário Titular:**
- **a)** Estagiários da **PATROCINADORA;**
- **b)** Jovens Aprendizes da **PATROCINADORA**.

II- Na Qualidade de **Beneficiário Dependente** do Titular:
- **a)** Cônjuge;
- **b)** Companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- **c)** Filhos e enteados, **solteiros, até 25 anos incompletos**;
- **d)** Tutelados e menores sob guarda.

Art. 7º. A inscrição de Beneficiários – Titular e/ou Dependentes – implica na automática e irrestrita concordância, por parte de todos os inscritos, com os termos deste Regulamento.

§1º. O pedido de inscrição de BENEFICIÁRIOS (Titular e Dependentes) poderá ser realizado pela PATROCINADORA, por meio eletrônico (em arquivo eletrônico especialmente gerado para esse fim); poderá, ainda, ser realizado pelo beneficiário titular, por meio do preenchimento e apresentação de formulários (físicos e/ou eletrônicos) e documentos destinados a esse fim.

§2º. Na hipótese de a PATROCINADORA enviar, por meio eletrônico, o pedido de adesão de beneficiário (titular e/ou dependentes) o arquivo eletrônico em referência consubstanciará a inclusão do(s) mesmo(s), substituindo, para todos os fins legais o termo de adesão assinado pelo beneficiário titular;

§3º. Caberá à PATROCINADORA dar ciência ao BENEFICIÁRIO titular dos termos do presente regulamento, bem como das normas internas a ele vinculadas;

§4º. A PATROCINADORA será responsável pela integridade e pela veracidade das informações relativas aos BENEFICIÁRIOS por ela incluídos devendo, sempre que solicitado pela ELOSÁUDE, apresentar documentos comprobatórios relativos ao vínculo dos Titulares com ela própria e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes com o Titular.

§5º. Nos casos em que o beneficiário realize o processo de inscrição diretamente junto à ELOSAÚDE, a responsabilidade por comprovar e validar a elegibilidade, verificar a integridade e a veracidade das informações e – se necessário - manter cópias de documentos em arquivo, será da própria ELOSAÚDE.

§6º. As solicitações de inscrição apresentadas na forma e em conformidade com o exigido no presente Regulamento – por qualquer que seja o meio – que ingressarem na ELOSAÚDE até o dia 25 de cada mês serão processadas para início de vigência no dia primeiro do mês subseqüente.

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

§7º. Os pedidos de exclusão de Titulares e/ou dependentes serão solicitados formalmente pela patrocinadora e atendidos em conformidade com as regras estabelecidas na Resolução Normativa 412 ou outra que venha a substituí-la;

§8º. A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§9º. A ELOSAÚDE tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 8º. É assegurada a inclusão:

I- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito;
II- Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, do Beneficiário.

Parágrafo único. A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Capítulo V
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 9º. A **ELOSAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação do **PLANO**, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-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 e vigentes na data do evento.

Seção I
Cobertura Ambulatorial

Art. 10. A cobertura ambulatorial compreende:

I- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II- Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes 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/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

V- Consultas/sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente**;

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 peritonial – CAPD;

VIII- 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;

a) 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.

IX- 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 em vigor à época do evento**;

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

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

XII- Hemoterapia ambulatorial;

XIII- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, 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.

Seção II
Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 11. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I- Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados 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 assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

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

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

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

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

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

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

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

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

b) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 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.**

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

d) O profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **ELOSAÚDE** para composição da junta médica.

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

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

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

a) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente 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;

b) **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 peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

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 da ANS em vigor 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 vigente à época do evento;

h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente 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) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

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

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico 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 na forma de ressarcimento ao SUS;

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

d.2) 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;

d.3) 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;

d.4) 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- Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da legislação vigente), **salvo contraindicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**.

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

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

Art. 12. 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) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data 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 Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

IV- **Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinqüenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.**

Art. 13. 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) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data 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. 14. Será assegurado o reembolso das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, em função de atendimentos prestados dentro do território nacional, nos casos de **Urgência e Emergência**, conforme regras estabelecidas em Capítulo específico no presente Regulamento.

Capítulo VI
EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 15. 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 Regulamento e os provenientes de:

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

II- Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO, respeitadas as demais condições deste Regulamento;

III- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/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);

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

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

VI- Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

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

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

IX- 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;

XII- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção 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;

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

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

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

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

XVI- Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

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

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

XIX- Aparelhos ortopédicos;

XX- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXI- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXII- 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 ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;

XXIII- 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;

XXIV- 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;

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

XXVI- Cirurgia para mudança de sexo;

XXVII- Avaliação pedagógica;

XXVIII- Orientações vocacionais;

XXIX- Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXX- Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XXXI- Remoção domiciliar;

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

XXXIII- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

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

XXXV- Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

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

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

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

Capítulo VII
CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 16. Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos Beneficiários regularmente inscritos sem a necessidade de cumprimento de carências ou de aplicação de cobertura parcial temporária no caso de doenças e lesões preexistentes.

Capítulo VIII
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

Seção I
Atendimento

Art. 17. Considera-se:

I- Atendimentos de urgência: os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II- Atendimentos de emergência: os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

Parágrafo único. Haverá cobertura para a urgência ou emergência após a adesão do Beneficiário ao PLANO.

Seção II
Remoção

Art. 18. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

Parágrafo único. 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.

Capítulo IX
REEMBOLSO

Art. 19. 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 e a** ELOSAÚDE assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, em função de:

I- Atendimentos de urgência e de emergência prestados em todo o território nacional;

II- Atendimentos eletivos prestados dentro da área geográfica de abrangência do PLANO, quando o BENEFICIÁRIO for atendido fora da rede credenciada da ELOSAÚDE;

III- O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da ELOSAÚDE (que não será inferior ao valor praticado pela ELOSAÚDE junto à rede de prestadores deste PLANO), descontados os valores correspondentes às coparticipações – por procedimento – previstos no Art. 32 do presente Regulamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos originais e realização de perícia (nos casos em que se aplique);

IV. A Tabela de Referência da ELOSAÚDE está registrada no "Cartório de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas" da Comarca de Florianópolis-SC, estando também disponível na sede da

ELOSAÚDE e no site www.elosaude.com.br. Sempre que houver alteração em referida tabela (conforme negociações com os prestadores,), será novamente registrada;

V. Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência do **PLANO** podem ser obtidos na sede da **ELOSAÚDE** ou pelo telefone (48) 3298-5555 (com o setor de reembolso).

VI. O BENEFICIÁRIO titular deverá apresentar a documentação, regularmente preenchida, no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso. São documentos de apresentação obrigatória para fins de solicitação de reembolso:

a) Formulário apropriado para solicitação de reembolso;

a. Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição redenciada pela ELOSAÚDE (Recibos, cupons fiscais e/ou Notas Fiscais);
b. Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
c. Relatório do médico assistente, declarando o nome completo do paciente, tratamento efetuado, data do atendimento, justificativa clínica para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência (se e quando for o caso);
d. Comparecimento, após o atendimento, para realização de perícia, em local estabelecido pela ELOSAÚDE, se solicitado.

VII. Os BENEFICIÁRIOS que utilizarem o sistema de reembolso terão os créditos a que fizerem jus pelas despesas apresentadas, depositados em conta-corrente do BENEFICIÁRIO Titular, limitados aos tetos previstos nas tabelas adotadas pela ELOSAÚDE, deduzidas as coparticipações incidentes;

VIII. Os recibos devem conter o nome do profissional ou da instituição que prestou o serviço, o número do registro do profissional executante no respectivo conselho da especialidade, CPF ou CNPJ, bem como o nome completo do Beneficiário atendido, data da realização, descrição e valor correspondente a cada procedimento realizado;

IX. Não serão aceitos documentos parcialmente preenchidos, sem identificação do Beneficiário e/ou do profissional executante ou, ainda, documentos com rasuras ou ilegíveis;

X. O reembolso das despesas pagas diretamente pelo Beneficiário ao prestador, em qualquer caso, só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este Regulamento;

XI. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO;

XII. Em nenhuma hipótese o valor reembolsado será menor que aquele praticado pela ELOSAÚDE junto à sua rede credenciada.

Capítulo X
MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I
Carteira de Identificação

Art. 20. 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.

§1º O prazo de que trata o "caput" diz respeito à remessa da Carteira de BENEFICIÁRIO à unidade profissional na qual esteja lotado o BENEFICIÁRIO titular.

§2º. Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira assistencial, o Beneficiário deverá comunicar imediatamente o fato à **ELOSAÙDE**, para bloqueio de sua utilização, sob pena do Titular responder pelas despesas indevidamente realizadas.

§3º. No caso de emissão de segunda via da carteira assistencial, decorrente de perda ou dano será cobrada uma taxa de serviço.

§4º. O Beneficiário que admitir a utilização de sua carteira assistencial por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

§4º. Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, do Beneficiário Titular ou de seus Dependentes, o Beneficiário Titular obriga-se a devolver, imediatamente, as carteiras assistenciais fornecidas pela **ELOSAÚDE**, sob pena de se obrigar a ressarcir todas as despesas originadas do uso indevido do **PLANO**, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.

Seção II
Padrão de Acomodação em Internação

Art. 21. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, conhecida como enfermaria, regularmente contratada pela ELOSAÚDE junto ao prestador de serviços.

§1º. 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.

a. Valores decorrentes de diferenças previamente negociadas, previstos nesse parágrafo, não farão jus a reembolso, ainda que parcialmente.

§2º. 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**.

§3º. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **ELOSAÚDE**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade da **ELOSAÚDE.**

Seção III
Prestação dos Serviços

Art. 22. 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.

§1º. 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.

§2º. Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo **PLANO**, desde que os serviços sejam efetivamente utilizados, devendo o Beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade junto à carteira assistencial do plano de saúde.

Art. 23. O atendimento, por meio do sistema de escolha dirigida, será prestado aos Beneficiários do **PLANO** por meio de rede própria e credenciada pela **ELOSAÚDE**.

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

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

§2º. Será disponibilizada aos Beneficiários a relação dos profissionais e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do **PLANO**.

§3º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da **ELOSAÙDE** na *Internet*. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **ELOSAÚDE** na *Internet*, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§4º. A ELOSAÚDE se reserva ao direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme disposto no art. 17 da Lei nº 9.656/98:

I- 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.

II- 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.

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

Seção IV
Condições de Atendimento

Art. 24. A utilização dos procedimentos previstos neste Regulamento, à exceção dos casos de urgência e emergência e das consultas, está condicionada à autorização prévia da **ELOSAÚDE** que poderá ser obtida na sua sede ou pelos meios eletrônicos disponíveis.

§1º. As informações e os documentos necessários para a obtenção da autorização prévia, incluindo a relação dos procedimentos que exigem perícia, estão disponíveis no endereço eletrônico www.elosaude.com.br, podendo ser consultados pelo telefone (48) 3298-5555 ou diretamente na sede da **ELOSAÚDE**.

§2º. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia desobriga o PLANO de seu pagamento, ressalvados os casos em que haja comprovada emergência ou urgência ou nas consultas.

§3º. Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os Beneficiários serão regularmente atendidos e **terão o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este Regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo prestador e o PLANO não se responsabilizar por quaisquer despesas**.

Art. 25. Todos os pedidos de autorização prévia para internação deverão conter: nome completo do Beneficiário, identificação do médico solicitante, do hospital onde se realizará o procedimento, do local, diagnóstico ou CID correspondente, se a legislação assim permitir, tratamento proposto com o código correspondente da tabela, duração provável e justificativa do tratamento proposto.

Parágrafo único. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor da **ELOSAÚDE**.

ENGIE JURÍDICO TRABALHO

Art. 26. 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.

§1º. As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

§2º. Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.

Art. 27. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

Art. 28. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **ELOSAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **ELOSAÚDE**.

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

Art. 29. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **ELOSAÚDE**.

Art. 30. A ELOSAÚDE poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

Art. 31. A ELOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

Parágrafo único. O pagamento das despesas relativas aos eventos, serviços e/ou procedimentos não cobertos, entendidos esses como aqueles não descritos expressamente neste Regulamento e/ou não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, deverá ser efetuado diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviço, sem direito a reembolso pelo **PLANO**.

Seção V
Coparticipação

Art. 32. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Nas consultas médicas o beneficiário arcará com a coparticipação de 30% (trinat por cento) incidente sobre o valor da consulta.

§2º. Nos demais serviços cobertos por este instrumento (exceto internações) o Beneficiário arcará com a coparticipação de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor do procedimento.

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

§3º. Nas internações em UTI/CTI o Beneficiário arcará com a coparticipação no valor de R$70,00 (setenta reais) por diária, desde a primeira diária utilizada;

§4º. Nas internações em Enfermaria o Beneficiário arcará com a coparticipação no valor de R$50,00 (cinquenta Reais) por diária, desde a primeira diária utilizada;

§5º. Nas internações psiquiátricas, após a 30ª (trigésima) diária de internação – consecutiva ou não no período de 12 (doze) meses contados da data de adesão do beneficiário ao plano – será cobrada coparticipação de 50% sobre o valor integral da diária (que inclui hospedagem, honorários profissionais, insumos, materiais e medicamentos necessários à plena oferta do serviço);

a. **Nos primeiros 30 dias de internação psiquiátrica – consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses contados da data de adesão do beneficiário ao plano – será cobrado R$ 50,00 (cinquenta Reais) por diária, na forma do 4º parágrafo dessa Cláusula.**

§6º. Nas internações em Hospital Dia o Beneficiário arcará com a coparticipação no valor de R$50,00 (cinquenta Reais) por diária, desde a primeira diária utilizada;

§7º. Serão de responsabilidade do Beneficiário Titular os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o Beneficiário Titular obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

Capítulo XI
FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Seção I
Da Formação do Preço

Art. 33. O **PLANO** será custeado em regime de preço "pós-estabelecido", na forma de custo operacional, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS e alterações posteriores.

Art. 34. A PATROCINADORA arcará com o valor da contraprestação pecuniária, estabelecido após a realização das despesas com as coberturas contratadas, mediante o repasse à ELOSAÚDE do valor total mensal das despesas assistenciais oriundas dos serviços prestados aos Beneficiários, acrescido dos demais valores descritos neste instrumento.

§1º. A ELOSAÚDE receberá, a título de taxa de administração, remuneração equivalente à R$____ (_____), por beneficiário inscrito, fiado piso mínimo de R$____ (_____).

§2º. Sem prejuízo da taxa de administração descrita neste Instrumento, a PATROCINADORA, quando da adesão ao presente Regulamento e quando da inscrição de cada novo Beneficiário, pagará o valor de R$____ (_____), por Beneficiário, a título de taxa de implantação.

Art. 35. As faturas com o valor dos serviços prestados, incluindo eventuais valores de reembolso, bem como os acréscimos relativos aos respectivos encargos previdenciários e tributos incidentes, devidamente comprovados pelos documentos de faturamentos, das taxas da ELOSAÚDE e demais valores previstos neste instrumento serão pagas até o dia 15 de cada mês.

§1º. A fatura será apresentada pela ELOSAÚDE, à PATROCINADORA, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias da data de seu respectivo vencimento.

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

§2º. Se a PATROCINADORA não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na ELOSAÚDE para que não se sujeite as consequências da mora.

§3º. Eventuais divergências de apuração no valor devido, expresso na fatura, não excedentes a 10% (dez por cento) de seu total, não constituirão justo motivo para atraso na liquidação do débito, dentro do prazo de vencimento previsto, sendo assegurada à PATROCINADORA, em caso de constatada cobrança a maior, a compensação em fatura subsequente.

Art. 36. Ocorrendo impontualidade no repasse de responsabilidade da PATROCINADORA, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por 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.

Parágrafo único. A ELOSAÚDE se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados, emitindo títulos executivos em desfavor da PATROCINADORA e promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e dos demais meios legais cabíveis.

Art. 37. O cálculo dos honorários médicos e demais procedimentos ambulatoriais e hospitalares terá por base os valores constantes da Tabela de Referência da ELOSAÚDE, vigente na ocasião de realização do evento.

§1º. Os honorários médicos, quando pagos diretamente ao profissional, serão acrescidos da contribuição ao INSS.

§2º. No caso dos tributos e encargos a serem recolhidos dos prestadores em virtude das utilizações do PLANO pelos Beneficiários, esses serão repassados à PATROCINADORA juntamente com as despesas assistenciais.

Art. 38. O cálculo dos materiais e medicamentos terá por base os valores constantes da Tabela de Referência da ELOSAÚDE, vigente na ocasião de realização do evento e, caso o material ou medicamento não conste da Tabela de Referência, o custo real acrescido de 20% (vinte por cento).

Art. 39. A PATROCINADORA reconhece como valores devidos à ELOSAÚDE:

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

II- Quaisquer reembolsos efetuados a seus Beneficiários, nos termos previstos neste instrumento e no art. 12, VI da Lei nº 9.656/1998, ainda que venham a ser exigidos após a extinção do Convênio de Adesão ou exclusão do Beneficiário;

III- As coberturas deferidas em processos judiciais, acrescido dos valores totais despendidos nesses processos;

IV- Os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento, mas que a PATROCINADORA tenha autorizado a cobertura pela ELOSAÚDE;

V- Quaisquer despesas decorrentes do atendimento prestado aos seus Beneficiários no Sistema Único de Saúde – SUS e que venha a ser cobrado da ELOSAÚDE, ainda que venham a ser cobrados após a extinção do Convênio de Adesão ou exclusão do Beneficiário;

VI- Valores decorrentes do atendimento prestado a seus Beneficiários e que só vierem a ser cobrados após a extinção do Convênio de Adesão ou exclusão do Beneficiário;

VII- Valores decorrentes de internações, quando o Beneficiário não tiver condição de alta na data da extinção do Convênio de Adesão ou da exclusão do Beneficiário;

VIII- Os valores decorrentes da taxa de saúde suplementar por plano de saúde – TPS;

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

IX- Os tributos e encargos sociais incidentes sobre a prestação dos serviços, nos termos desta Seção.

Seção II
Do Pagamento do Beneficiário

Art. 40. Será responsabilidade da ELOSAÚDE informar à PATROCINADORA os valores individualizados de cada utilização, por Beneficiário, de forma a propiciar que essa exija dos Beneficiários os valores previstos neste instrumento a título de coparticipação.

Art. 41. A PATROCINADORA é responsável pelo pagamento diretamente à ELOSAÚDE, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a PATROCINADORA.

Art. 42. A PATROCINADORA e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento das coparticipações, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da PATROCINADORA solicitar à ELOSAÚDE a exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

Art. 43. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à PATROCINADORA, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.

Art. 44. Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, a PATROCINADORA poderá solicitar a sua reinclusão.

Capítulo XII
REAJUSTE

Art. 45. O reajuste da tabela praticada entre a ELOSAÚDE e seus prestadores de serviços assistenciais à saúde será aplicado anualmente na data de aniversário dos contratos, mediante negociação entre as partes. Caso não haja consenso entre as partes ao término do período de negociação, será aplicado o índice de reajuste eleito pelas partes em contrato.

Parágrafo único. Os demais valores previstos neste instrumento (taxa de administração e taxa de implantação) serão reajustados anualmente, no mês de aniversário de vigência do plano, de acordo com a variação positiva do INPC, acumulada nos últimos 12(doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 2 (dois) meses, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo. .

Capítulo XIII
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 46. Caberá à PATROCINADORA solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

I- Fraude ao PLANO ou dolo;
II- Perda da qualidade de Titular;
III- Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, previstas neste instrumento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
IV- Interrupção do pagamento dos valores devidos à PATROCINADORA pelo Beneficiário Titular, por prazo superior a 60 (sessenta) dias.

ENGIE JURÍDICO TRABALHO

Art. 47. A ELOSAÚDE só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:

I- Fraude ao PLANO ou dolo;

II- Perda da qualidade de Titular ou Dependente, no caso do beneficiário deixar de atender às condições exigidas para a sua inscrição, conforme previsto neste instrumento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para a sua manutenção como Dependente.

Parágrafo único. Nos casos de exclusão por fraude derivada de utilização indevida do cartão do plano, caberá à ELOSAÚDE o direito de optar pela exclusão do BENEFICIÁRIO identificado no cartão utilizado ou de todo o grupo familiar, caso o cartão utilizado de forma fraudulenta pertença ao Titular. Ademais, nesses casos, todas as despesas decorrentes dos serviços utilizados, bem como encargos e taxas se e quando houver, serão integralmente cobradas do Beneficiário Titular pela PATROCINADORA.

Art. 48. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Beneficiário Titular ao PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 49. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes.

Art. 50. O Beneficiário excluído do PLANO deverá, obrigatoriamente, devolver sua carteira assistencial 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.

Capítulo XIV
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 51. Não é garantido ao Beneficiário o direito de manutenção no PLANO, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, após o encerramento do contrato de estágio ou de aprendizagem,tendo em vista que o PLANO é integralmente custeado pela PATROCINADORA, não sendo considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

Art. 52. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeita a novo ajuste das condições, observada a legislação em vigor.

Art. 53. Compete à Diretoria da **ELOSAÚDE** aprovar alterações neste Regulamento, estabelecer normas administrativas e deliberar sobre casos omissos neste Regulamento.

Art. 54. Os vários estipuladores na Tabela de Reembolso, para honorários médicos e exames complementares, têm como parâmetro a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, com os redutores e/ou multiplicadores adotados pelo **PLANO**.

Art. 55. As orientações contidas no **MANUAL DO BENEFICIÁRIO** integram este Regulamento, subordinando-se a este, na hipótese de haver dúvidas de interpretação.

Art. 56. É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pela **PATROCINADORA**, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS e suas alterações.

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA

Art. 57. Nenhuma responsabilidade caberá à **ELOSAÚDE** por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem dano à saúde do Titular ou de seus Dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do Beneficiário.

Art. 58. A **ELOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 59. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 60. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Art. 61. O encerramento da operação do **PLANO** pela **ELOSAÚDE** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 62. Fica eleito o foro do domicílio da **PATROCINADORA** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 63. O presente Regulamento poderá sofrer atualizações periódicas, mediante aprovação prévia da PATROCINADORA e da ELOSAÚDE e controle regular de versão.

§1º. O Regulamento original foi produzido e aprovado por ocasião do registro do PLANO.

Aprovado em: 1º/Agosto/2017.

Pela ELOSAÚDE: _____ Alexandre José da Silva
Superintendente

Pela PATROCINADORA: _____ Suzana Blum
Gerente de Recursos Humanos
ENGIE Geração e Com. de Energia

_____ Aline K. Bortoletto Santos
Analista Jurídica
ENGIE - Geração e Com. de Energia

Catalogação: Regulamento do Plano "ESAP" – Versão de registro do produto – aprovada pela Diretoria da ELOSAÚDE em ____/_____/___, por meio da RAD ***/2017.

ENGIE JURÍDICO TRABALHISTA