



REGULAMENTO DO PLANO - FUNDAÇÃO ELOS/ELOSAÚDE

1. OBJETIVO DO PLANO

O Plano ELOSAÚDE/Fundação ELOS é um plano de assistência à saúde, destinado aos empregados e Diretores da Fundação ELOS, bem como aos empregados da ELOSAÚDE - doravante denominados “**Beneficiários**”-, extensivo aos dependentes dessas categorias que atenderem ao disposto no item 3.1.2 deste regulamento.

O objetivo do plano ELOSAÚDE/Fundação ELOS é oferecer aos seus beneficiários a cobertura de despesas médicas, odontológicas e assistenciais, conforme legislação vigente (Lei 9.656/98) e regras estabelecidas neste instrumento.

2. OBJETIVO DO REGULAMENTO

O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 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, 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 presente instrumento trata-se de um Regulamento que 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. Empregados e diretores da **Fundação ELOS**.

3.1.2. Na qualidade de Dependente do Beneficiário Titular:

ANS - N.º 41729-7

- a. Filho(a), enteado(a), menor que esteja sob guarda, tutela ou curatela, até completar 18 (dezoito) anos de idade ou até completar 25 (vinte e cinco) anos, quando solteiro(a), matriculado(a) em instituição de ensino;
 - b. Filhos inválidos dependentes economicamente do empregado;
 - c. Cônjuge, mediante a apresentação de certidão de casamento, que não possua Plano ou Benefício Saúde;
 - d. Companheiro(a), que viva maritalmente com o empregado, mediante declaração pública, firmada pelo casal e duas testemunhas, comprovando a convivência de no mínimo 02 (dois) anos com objetivo de constituição de família, que não possua Plano ou Benefício Saúde;
- 3.1.3. Serão reconhecidos como **Dependentes** para fins inclusão no plano, **exclusivamente** os beneficiários relacionados nos sub-itens “a”, “b”, “c” e “d” do item 3.1.2;
- 3.1.4. 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 deste Regulamento.

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 à Fundação ELOS encaminhar à ELOSAÚDE as solicitações de inscrição dos Beneficiários, por meio de envio dos Pedidos de Filiação devidamente preenchidos, até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, para processamento e inclusão no primeiro dia do mês subsequente.
- 3.2.3. Caberá à Fundação ELOS realizar o pedido formal, através de documento próprio, de exclusão de Titulares e de dependentes até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, para que a exclusão seja processada para o último dia do mês vigente;
- 3.2.4. Caberá, ainda, à Fundação ELOS 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 consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes em relação ao Titular.

3.2.4.1. 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.

3.2.5. Os empregados da ELOSAÚDE, bem como seus dependentes, terão a movimentação de seus planos – inclusões, exclusões ou alterações (de acordo com o caso) – efetuadas pelo setor administrativo da própria ELOSAÚDE, obedecendo às exigências documentais do presente regulamento e aos trâmites próprios do segmento de recursos humanos da Associação.

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 eletivos e de urgência e emergência, nos segmentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, além de exames clínicos, procedimentos diagnósticos e atendimentos de urgência e emergência odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento (devidamente registrada na ANS), 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 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:

ANS – N.º 41729-7

Praça Pereira Oliveira, 64 | Ed. Emedaux | Sobreloja | CEP 88010-540 | Florianópolis/SC
Fone: 048. 2107-7539 | Fax: 048. 2107-7540 | www.elosade.com.br



- a. Consultas médicas em número ilimitado, realizadas em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), com as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados por médico assistente e/ou dentista devidamente habilitado, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no Rol de Procedimentos e Eventos em Odontologia;**
- 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, desde que solicitadas pelo médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização publicadas pela ANS sempre que se aplicarem;**
- e. **2 (duas) sessões com nutricionista por mês, considerados a partir da data de adesão do Beneficiário, não cumulativos, desde que solicitadas pelo médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização publicadas pela ANS sempre que se aplicarem;**
- f. **01 (uma) sessão com psicólogo, psicoterapeuta ou sessão com psiquiatra por semana, considerados a partir da data de adesão do Beneficiário, não cumulativos, desde que solicitadas pelo médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização publicadas pela ANS sempre que se aplicarem;**
- g. **2 (duas) sessões semanais com terapeuta ocupacional, considerados a partir da data de adesão do Beneficiário, não cumulativos, respeitadas as diretrizes de utilização publicadas pela ANS sempre que se aplicarem;**
- h. **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;**
 1. Serão cobertas sessões de RPG – Reeducação Postural Global – em número não superior a 48 (quarenta e oito) sessões por ano, por beneficiário.
- i. **5 (cinco) sessões mensais de acupuntura, considerados a partir da data de adesão do Beneficiário, não cumulativos, realizados por médico acupunturista,**



respeitadas as diretrizes de utilização publicadas pela ANS sempre que se aplicarem;

- j. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- k. 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;
 - i. 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.
- l. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- m. Procedimentos de hemodinâmica que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- n. Hemoterapia ambulatorial e hospitalar;
- o. **Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde que obedecidas as diretrizes de utilização publicadas pela ANS;**
- p. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- q. Despesas referentes a honorários médicos, alimentação e serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter domiciliar;**
- r. Atendimento por outros profissionais de saúde durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- s. 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;
- t. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- u. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**



- v. 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;
- w. 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;
 - a. 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 da ELOSAÚDE.
- x. 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;
- y. 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;
- z. 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;
- aa. **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos;**
- bb. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - i. Nutrição parenteral ou enteral;
 - ii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - iii. Radiologia intervencionista;
 - iv. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;



- cc. 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;
- dd. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - a. Serão cobertas as despesas com cirurgia plástica de caráter reparador, por acidente, 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;
 - b. 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.
- ee. 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:
 - i. Despesas assistenciais com doadores vivos;
 - ii. Medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção**;
 - iv. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
 - v. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
 - vi. 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;
 - vii. 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;



- viii. 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.
- ff. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- gg. 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;**
- hh. 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.
- jj. 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. 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;
 - iv. 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.
- kk. Procedimentos de **DIAGNÓSTICO** em odontologia:
- i. Consulta Odontológica inicial;
 - ii. Condicionamento em odontologia;



- iii. Teste de fluxo salivar;
- iv. Procedimento diagnóstico anatomo-patológico (em peça cirúrgica, material de punção).
- II. Procedimentos de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA em odontologia:**
 - i. Tratamento de odontalgia aguda;
 - ii. Imobilização dentária temporária;
 - iii. Recimentação de peça/trabalho protético;
 - iv. Tratamento de alveolite;
 - v. Colagem de fragmentos dentários;
 - vi. Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - vii. Reimplante de dente avulsionado com contenção;
 - viii. Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.
- mm. Procedimentos de **RADIOLOGIA:**
 - i. Radiografia periapical;
 - ii. Radiografia interproximal – bite-wing;
 - iii. Radiografia oclusal;
 - iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).
 - v. Cobertura como auxílio diagnóstico, pré e/ou pós-procedimento cirúrgico odontológico.
- nn. Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:**
 - i. Atividade Educativa;
 - ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 - iii. Aplicação Tópica de Flúor;
 - iv. Profilaxia – polimento coronário;
 - v. Aplicação de selante;
 - vi. Dessaensibilização dentária;
 - vii. Remineralização dentária.
- oo. Procedimentos de **DENTÍSTICA:**
 - i. Aplicação de cariostático;
 - ii. Adequação do meio bucal;
 - iii. Restauração de amálgama;
 - iv. Faceta em resina fotopolimerizável;
 - v. Restauração resina fotopolimerizável;
 - vi. Núcleo de preenchimento;
 - vii. Ajuste oclusal;
 - viii. Restauração em ionômero de vidro;



- ix. Restauração em resina fotopolimerizável;
 - x. Restauração temporária /tratamento expectante;
 - xi. Tratamento restaurador atraumático;
 - xii. Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).
- pp. Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
 - ii. Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
 - iii. Imobilização dentária temporária ou permanente;
 - iv. Gengivectomia/gengivoplastia;
 - v. Aumento de coroa clínica;
 - vi. Cunha proximal;
 - vii. Cirurgia periodontal a retalho;
 - viii. Tratamento de abscesso periodontal.
- qq. Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
 - ii. Pulpotomia;
 - iii. Remoção de corpo estranho intracanal;
 - iv. Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
 - v. Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
 - vi. Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
 - vii. Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
 - viii. Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
 - ix. Remoção de núcleo intra-canal;
 - x. Remoção de peça/trabalho protético.
- rr. Procedimentos de **CIRURGIA em odontologia**:
- i. Alveoloplastia;
 - ii. Apicectomiaunirradicular;
 - iii. Apicectomiabirradicular;
 - iv. Apicectomiatirradicular;
 - v. Apicectomiaunirradicular com obturação retrógrada;
 - vi. Apicectomiabirradicular com obturação retrógrada;
 - vii. Apicectomiatirradicular com obturação retrógrada;
 - viii. Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
 - ix. Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
 - x. Cirurgia para tórus/exostose (unilateral e/ou bilateral);
 - xi. Exérese ou Excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;



- xiii. Exodontia a retalho;
 - xiii. Exodontia de raiz residual;
 - xiv. Exodontia simples de permanente;
 - xv. Exodontia simples de decíduo;
 - xvi. Redução de fratura alvéolo dentária;
 - xvii. Frenotomia/Frenectomia labial;
 - xviii. Frenotomia/Frenectomia lingual;
 - xix. Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
 - xx. Tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais;
 - xxi. Tratamento de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila;
 - xxii. Tratamento de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
 - xxiii. Tratamento de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
 - xxiv. Ulectomia/Ulotomia;
 - xxv. Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
 - xxvi. Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
 - xxvii. Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
 - xxviii. Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
 - xxix. Bridectomia/ bridotomia;
 - xxx. Odonto-secção;
 - xxxi. Redução de luxação da ATM.
- ss. Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
 - ii. Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
 - iii. Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto;
 - iv. Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
 - v. Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré - fabricado – inclui a peça protética;
- tt. 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.
- uu. Todas as próteses odontológicas regularmente cobertas terão carências de 24 (vinte e quatro) meses para reutilização ou substituição.
 - vv. 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.
 - xx. O presente Regulamento garante, ainda:
 - i. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas na regulamentação da ANS vigente na data do evento;
 - ii. Participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;
 - iii. 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.
 - iv. 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 e para o segmento de Odontologia 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:

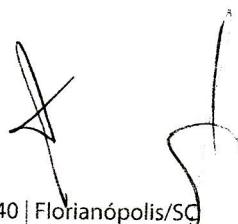
- 5.1. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da ELOSAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- 5.2. Atendimentos prestados antes do início da vigência, respeitadas as condições deste regulamento;

- 5.3. Tratamento clínico ou cirúrgico – inclusive odontológicos – 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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso off-label);
- 5.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos – inclusive odontológicos – exclusivamente 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;
- 5.5. 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 intrafallopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 5.6. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 5.7. 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;
- 5.8. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- 5.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- 5.10. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e/ou sem registro vigente na ANVISA;

- 5.11. 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;
- 5.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.14. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar, seja em regime domiciliar;
- 5.15. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- 5.16. Remoção domiciliar;
- 5.17. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- 5.18. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.19. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.20. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por profissionais não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pela ELOSAÚDE;
- 5.21. 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;

- 5.22. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- 5.23. Avaliação pedagógica;**
- 5.24. Orientações vocacionais;**
- 5.25. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas ou odontológicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou pelo Conselho Federal de Odontologia;**
- 5.26. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- 5.27. Cirurgia para mudança de sexo;**
- 6.1. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- 6.2. Transplantes ósseos;**
- 6.3. Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;**
- 6.4. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores exclusivamente para fins estéticos;**
- 6.5. Cirurgias odontológicas a laser;**
- 6.6. Clareamento dentário exclusivamente para fins estéticos.**
- 6.7. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais.**



7 - VALIDADE DO REGULAMENTO E DURAÇÃO DO BENEFÍCIO

- 7.1. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.
- 7.2. 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 deste Regulamento.

8 - CARÊNCIAS – PLANO MÉDICO

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 Fundação ELOS ingressarão sem necessidade de cumprir os prazos de carências estabelecidos em Lei.**

9 - CARÊNCIAS – PLANO ODONTOLÓGICO

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

- 9.1. **Todos os beneficiários inscritos no plano Fundação ELOS ingressarão sem necessidade de cumprir os prazos de carências estabelecidos em Lei.**

10 – 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.

- 10.1. **Não serão aplicadas as restrições previstas em Lei para os casos de doenças e/ou lesões pré-existentes dos Beneficiários inscritos no plano Fundação ELOS.**

11 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1. Considera-se atendimento de Urgência e Emergência:

- 11.1.1. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo da gestação;
- 11.1.2. 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.
- 11.1.3. 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.

11.2. 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.

11.2. 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 reembolsos, detalhadas neste regulamento.

11.3. 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;

12 – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES/REEMBOLSO

12.1. 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;**

12.2. 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 regulamento, conforme estabelecido abaixo:

12.2.2. A ELOSAÚDE assegurará a análise, o processamento do pedido de reembolso e a geração de arquivo eletrônico com as competentes informações, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde e à saúde odontológica previstas no presente instrumento, 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).

12.2.3. 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:

i. **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) e ainda tabelas odontológicas CBHPO (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos), descrição do serviço, seu respectivo valor e data de realização);**

- ii. **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;
- iii. **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);
- iv. Quando ocorrer mais de uma cirurgia no mesmo ato operatório, é necessário constar o nome das demais, seus respectivos códigos e valores
- v. **Comparecimento do beneficiário**, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela ELOSAÚDE, e de acordo com seus critérios;
- vi. **Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;**

12.2.4. As informações sobre o reembolso de despesas (arquivo eletrônico) serão repassadas à Fundação ELOS para que seja procedido o crédito ao beneficiário, seguindo regras e procedimentos internos da empresa, sendo que à ELOSAÚDE caberá exclusivamente à responsabilidade pela análise, processamento e repasse das referidas informações;

- i. Quando o reembolso for devido ao empregado da ELOSAÚDE o processamento do mesmo será feito por intermédio do setor de recursos humanos da própria ELOSAÚDE e depositado na conta corrente do titular do plano.

12.2.5. 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.

12.2.5.1. Fará jus ao prazo previsto neste item o beneficiário que, no ato da solicitação do reembolso, ainda estiver ativo no plano.

12.2.6. As informações processadas pela ELOSAÚDE e repassadas através de arquivo eletrônico à Fundação ELOS, bem como o crédito a que fizer jus o empregado da ELOSAÚDE, referentes ao reembolso de despesas, obedecerão 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;

12.2.7. Ao proceder ao reembolso ao beneficiário a Fundação ELOS procederá também os descontos de eventuais valores de coparticipação, quando for o caso;

12.2.8. O arquivo eletrônico contendo as informações sobre o reembolso será repassado à Fundação ELOS pela ELOSAÚDE, de acordo com o fluxo de recebimento da documentação apresentada pelo beneficiário, obedecendo ao seguinte:

- i. Documentação que ingressar na ELOSAÚDE até o dia 05 do mês = repasse do arquivo até o dia 20 do mesmo mês;
- ii. Documentação que ingressar na ELOSAÚDE após o dia 05 do mês = repasse do arquivo até o dia 20 do mês seguinte;

12.2.9. As informações processadas pela ELOSAÚDE e repassadas através de arquivo eletrônico à Fundação ELOS, referentes ao reembolso de despesas, obedecerão aos seguintes critérios:

- i. Consulta médica: duas vezes o valor da tabela de referência praticada pela ELOSAÚDE junto à sua rede credenciada;
- ii. Demais procedimentos: uma vez o valor da tabela de referência praticada pela ELOSAÚDE junto à sua rede credenciada;
- iii. 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.elosade.com.br. Sempre que houver alteração na referida tabela (conforme negociações com os prestadores), será novamente registrada.

12.3. Os Beneficiários que utilizarem o sistema de reembolso terão o crédito a que fizerem jus concedido diretamente pela Fundação ELOS, que receberá a competente informação, por meio eletrônico, e executará os procedimentos necessários ao respectivo ressarcimento.

12.3.1 - Conforme determina a legislação vigente a ELOSAÚDE não poderá transacionar financeiramente com o beneficiário do plano - exceto com seus próprios empregados, haja vista tratar-se de plano de benefício - quer para cobrança quer para reembolso, ficando, portanto, toda a movimentação financeira que o diga respeito, sob responsabilidade da Fundação ELOS.

12.4. Não poderão ser apresentados como comprovantes de despesas documentos firmados por parentes consanguíneos e afins até o terceiro grau.

12.5. 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.

12.6. Não serão aceitas para reembolso: comprovantes rasurados, 2^a vias e cópias de receitas ou receitas já reembolsadas;

13 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1. 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.**

13.2. 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.**

13.3. 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 Fundação ELOS ou, nos casos de empregados da ELOSAÚDE, pela diretoria da Associação. Pena esta que pode variar de suspensão temporária do plano para si e seus dependentes inscritos, chegando até ao cancelamento definitivo do benefício;

13.4. 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.**

- 13.5. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento standard, com direito a acompanhante.
- 13.6. 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**.
- 13.7. 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.
- 13.8. 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 da ELOSAÚDE.
- 13.9. 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.
- 13.10. 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.
- 13.11. 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.
- 13.12. 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.

- 13.13. 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.
- 13.14. A lista de prestadores de serviço será disponibilizada no portal da ELOSAÚDE na internet, através do endereço eletrônico www.elosaudede.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:
- a. 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.
 - b. 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.
 - c. No caso de redução de entidade hospitalar, será necessária autorização prévia da ANS.
- 13.15. Os serviços previstos neste Regulamento, 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.
- 13.16. 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.
- 13.17. 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, 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.

- 13.18. 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.
- 13.19. As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.
- 13.20. Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.
- 13.21. 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 no Manual do Beneficiário.
- 13.22. 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.
- 13.23. A ELOSAÚDE poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.
- 13.24. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor da ELOSAÚDE.
- 13.25. A ELOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

14 – COPARTICIPAÇÃO

- 14.1. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular/Responsável à Fundação ELOS ou, nos casos de empregados da ELOSAÚDE, à própria ELOSAÚDE, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.
- 14.2. Serão cobradas pela Fundação ELOS diretamente do beneficiário e pela ELOSAÚDE diretamente de seu empregado, descontadas em folha de pagamento, coparticipações de acordo com os percentuais a seguir:

PROCEDIMENTO	PERCENTUAL / APLICAÇÃO
Consultas médicas	20% a partir da primeira consulta
Exames (simples e especializados)	20% a partir do primeiro exame
Terapias (todas)	20% por sessão
Procedimentos ambulatoriais	20% por procedimento
Internações psiquiátricas	50% sobre o valor total apurado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação

- 14.3. Qualquer coparticipação a ser aplicada sobre a utilização dos serviços será estabelecida pela patrocinadora, de acordo com sua política de benefícios.
- 14.4. Serão de responsabilidade do Beneficiário Titular/Responsável 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/Responsável obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

15 – FORMAÇÃO DO PREÇO E REGIME DE PAGAMENTO

- 15.1. 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 Fundação ELOS será calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, 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 Fundação ELOS o valor total das despesas assistenciais;

- 15.2. 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.
- 15.3. 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.
- 15.4. A fatura será apresentada pela ELOSAÚDE com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data de seu respectivo vencimento. Se a Fundação ELOS não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 10 (dez) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na ELOSAÚDE para que não se sujeite as consequências da mora.
- 15.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento de responsabilidade da Fundação ELOS, 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, resarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.
- 15.6. Nos termos da Instrução Normativa DIOPE nº 46, de 2011, os planos oferecidos pela ELOSAÚDE aos seus empregados e respectivos dependentes deverão ser considerados *“despesas com benefícios de assistência médico-hospitalar, decorrente de planos de saúde da operadora, concedidos aos empregados e demais colaboradores (pessoal próprio)”, fazendo parte do custeio administrativo da entidade e sendo apropriados contabilmente como “Despesas com Assistência Social”.*

16 - REAJUSTE

16.1. 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 Fundação ELOS.

17 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. Caberá à Fundação ELOS solicitar a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- Perda da qualidade de Titular;**
- Perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**

17.2. A ocorrência de qualquer fato que 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.

17.3. A exclusão do Beneficiário Titular/Responsável implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes.

17.4. O cancelamento da inscrição de Beneficiários, nos termos tratados neste Regulamento, não exime a Fundação ELOS de quitar eventuais débitos com a ELOSAÚDE.

17.5. O Beneficiário excluído do **PLANO** deverá, obrigatoriamente, devolver sua “Carteira de Beneficiário” do **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.

17.5.1. 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 Fundação ELOS. Pena esta que pode variar de suspensão temporária do plano para si e seus



dependentes inscritos, chegando até ao cancelamento definitivo do benefício;

- 17.5.2. O titular excluído que venha a utilizar indevidamente sua carteira de beneficiário estará sujeito à cobrança judicial – por parte da Fundação ELOS – de todas as despesas geradas pela referida utilização;
 - 17.5.3. A **responsabilidade de recolher a carteira de beneficiário do titular excluído, bem como de dependentes também excluídos, é da Fundação ELOS, à qual suportará todas as despesas geradas por eventuais utilizações indevidas.**
- 17.6. Os empregados da ELOSAÚDE estão subordinados às mesmas regras estabelecidas neste tópico 17, sendo que a operacionalização documental necessária ao cumprimento do mesmo será procedida pelo setor de recursos humanos da Associação.

18 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 18.1. Para os efeitos deste Regulamento, 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**

- 18.2. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.
- 18.3. O Conselho Deliberativo será o responsável pelas aplicações das receitas da **ELOSAÚDE** no mercado financeiro, pelo registro e contabilização, das atividades da **ELOSAÚDE**, devendo extrair relatórios periódicos da situação econômico-financeira.
- 18.4. Será cobrada Taxa de Administração conforme definido no Convênio de Adesão assinado entre as partes.
- 18.5. Compete ao Conselho Deliberativo da **ELOSAÚDE** aprovar alterações neste Regulamento, estabelecer normas administrativas e deliberar sobre casos omissos neste Regulamento.
- 18.6. 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**.

- 18.7. Os valores estipulados na Tabela de Serviços Odontológicos têm como parâmetro a Tabela própria do **PLANO**.
- 18.8. As orientações contidas no **MANUAL DO BENEFICIÁRIO** integram este Regulamento, subordinando-se a este, na hipótese de haver dúvidas de interpretação.
- 18.9. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.
- 18.10. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
- 18.11. 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.
- 18.12. A **ELOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.
- 18.13. É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado junto à Fundação ELOS, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 148/07.
- 18.14. Este Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação.
- 18.15. 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.
- 18.16. Todas as orientações e normas relativas a atendimentos e demais operacionalizações dos serviços do plano, não contempladas no presente

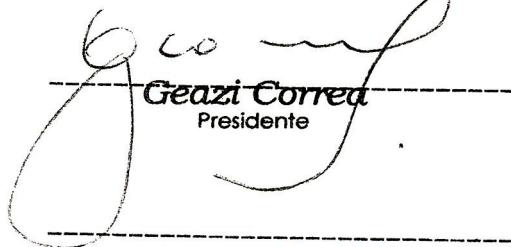
Regulamento, serão aclaradas no **Manual do Beneficiário**, que passa a integrar o Regulamento do Plano.

19 –FORO

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

Aprovado em: 31 / AGOSTO /2011.

Pela Diretoria da ELOSAÚDE:

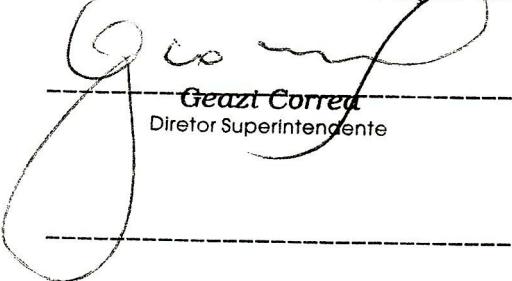


Geazi Correa
Presidente

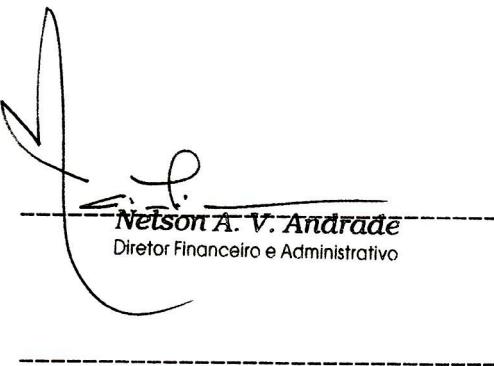


Nelson Antônio Vieira de Andrade
Diretor de Gestão
Administrativa Financeira

Pela Diretoria da Fundação ELOS:



Geazi Correa
Diretor Superintendente



Nelson A. V. Andrade
Diretor Financeiro e Administrativo