

REGULAMENTO DO PLANO ESUL-EBRAS

CAPÍTULO I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde, operadora de planos privados de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 41.729-7, classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 11.593.821/0001-03 e localizada na Rua Anita Garibaldi, 77 – 2º andar – Centro em Florianópolis-SC, é a instituição a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde de que é objeto deste regulamento.

Art. 2º. Companhia de Geração e Transmissão de Energia Elétrica do Sul do Brasil - Eletrobras CGT Eletrosul, a qual está inscrita no CNPJ sob o nº 02.016.507/0001-69 e situada na Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 999 - Pantanal - Florianópolis - SC, passa a ser **PATROCINADORA** do plano de saúde de que trata este regulamento.

§1º. A formalização da condição de **PATROCINADORA** será efetivada por meio de convênio de adesão, nos termos da legislação aplicável.

§2º. Considera-se **PATROCINADORA** a instituição pública ou privada a qual participa, total ou parcialmente, do custeio de plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e à sua administração.

Art. 3º. O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **ESUL-EBRAS**; está registrado na ANS sob o nº 490.783/21-3; e possui as seguintes características gerais:

- I. **Tipo de contratação:** Coletivo empresarial.
- II. **Segmentações assistenciais:** Ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; e odontológico.
- III. **Fator moderador:** Coparticipação.
- IV. **Área geográfica de abrangência:** Grupo de municípios.
- V. **Área de atuação:**
Lauro de Freitas-BA, Salvador-BA, Juazeiro do Norte-BA.
Beberibe-CE, Fortaleza-CE, Trairi-CE.
Brasília-DF.
Cariacica-ES, Vila Velha-ES, Vitória-ES.
Goiânia-GO, Minaçú-GO.
Imperatriz-MA, São Luiz-MA.
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.
Campo Grande-MS, Dourados-MS, Sonora-MS.

Cuiabá-MT, Itiquira-MT, Rondonópolis-MT e Várzea Grande-MT.
Colombo-PR, Campo Mourão-PR, Cascavel-PR, Curitiba-PR, Cruzeiro do Iguçu-PR, Guarapuava-PR, Ivaiporã-PR, Laranjeiras do Sul-PR, Londrina-PR, São José dos Pinhais-PR, Mandirituba-PR, Manoel Ribas-PR, Pato Branco-PR, Pinhais-PR, Pinhão-PR, Ponta Grossa-PR, Pontal do Paraná-PR, Quedas do Iguacu-PR, São Jorge D'Oeste-PR, Saudade do Iguçu-PR, Umuarama-PR.
Niterói-RJ, Resende-RJ, Rio de Janeiro-RJ, Volta Redonda-RJ.
Alegrete-RS, Alvorada-RS, Arroio dos Ratos-RS, Bagé-RS, Candiota-RS, Canoas-RS, Caxias do Sul-RS, Charqueadas-RS, Entre Rios do Sul-RS, Erechim-RS, Esteio-RS, Estrela-RS, Farroupilha-RS, Gravataí-RS, Guaíba-RS, Nova Santa Rita-RS, Novo Hamburgo-RS, Osório-RS, Passo Fundo-RS, Pelotas-RS, Pinheiro Machado-RS, Porto Alegre-RS, Roque Gonzales-RS, Santa Vitoria do Palmar-RS, Santa Maria-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-SC, Itapema-SC, Itapoá-SC, Itaporanga-SC, Itajaí-SC, Itá-SC, Jaraguá do Sul-SC, Joinville-SC, Lages-SC, Laguna-SC, Navegantes-SC, Orleans-SC, Paulo Lopes-SC, Palhoça-SC, Pescaria Brava-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.
Jaboatão dos Guararapes-PE, Paulista-PE, Petrolina-PE, Recife-PE, Olinda-PE.
Parnaíba-PI, Teresina-PI.
Osasco-SP, Pirassununga-SP, Campinas-SP, São Paulo-SP.
Aguaiarnópolis-TO, Palmas-TO.

VI. **Padrão de acomodação em internação:** Individual.

VII. **Formação do preço:** Pós-estabelecido em rateio parcial.

Parágrafo Único – Além das coberturas previstas no Capítulo V - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o plano **ESUL-EBRAS** assegura serviços e coberturas adicionais referentes ao reembolso de atendimentos de urgência e emergência ocorridos fora da área geográfica de abrangência e atuação do produto, nos termos previstos no Capítulo X.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O plano **ESUL-EBRAS**, doravante denominado “**PLANO**”, é um programa de assistência à saúde destinado aos empregados da **PATROCINADORA**, doravante denominados “**BENEFICIÁRIOS**”, e extensivo aos dependentes deles os quais atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste regulamento.

Parágrafo Único – O objetivo do plano é oferecer aos **BENEFICIÁRIOS** a cobertura de despesas médico-hospitalares e odontológicas, conforme a legislação vigente (Lei nº 9.656/1998) e as regras

retratadas neste instrumento.

Art. 5º. O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e/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, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10) e compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento, para as segmentações: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e odontológica.

Parágrafo Único – O presente instrumento é um regulamento o qual traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, cujas características são de contrato de adesão.

CAPÍTULO III DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º. Para os efeitos deste regulamento, serão adotadas as seguintes definições:

- I. **Acidente pessoal:** evento ocorrido em data específica que é 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.
- II. **Acomodação individual:** internação em unidade hospitalar com banheiro privativo e destinada a um paciente individualmente.
- III. **Adjuvantes:** medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, cuja finalidade é intensificar o seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- IV. **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 garantidoras da assistência suplementar à saúde.
- V. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa):** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.
- VI. **Ambulatório:** estabelecimento legalmente constituído; integrante – ou não – de um hospital; e capacitado para o atendimento de consultas médicas básicas e especializadas, de procedimentos terapêuticos e de diagnósticos – sem a necessidade de internação hospitalar.
- VII. **Área de abrangência geográfica:** área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
- VIII. **Atendimento ambulatorial:** serviços realizados em ambulatório os quais não exigem internação hospitalar.
- IX. **Auditoria ou perícia:** atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e relações humanas e sociais.
- X. **Beneficiário:** pessoa física (titular ou dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.

- XI. Carência:** prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
- XII. Carteira de identificação:** documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.
- XIII. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10):** ferramenta epidemiológica do cotidiano médico a qual foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa a monitorar a incidência e prevalência de doenças, mediante uma padronização universal das doenças.
- XIV. Complemento remuneratório:** valor praticado para a remuneração complementar dos empregados cedidos à PATROCINADORA.
- XV. Complicações no processo gestacional:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
- XVI. Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU):** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o art. 35-A da Lei nº 9.656/98.
- XVII. Coparticipação:** parte efetivamente paga pelo beneficiário titular à operadora de saúde quando da utilização dos serviços cobertos, por si e por seus dependentes; e definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.
- XVIII. Dependente especial:** beneficiário que atende aos requisitos do artigo 3º do Decreto nº 3.298/99, o qual regulamenta a Lei nº 7.853/89, e é homologado pela empresa.
- XIX. Dependente portador de deficiência incapacitante:** beneficiário que tem sua deficiência declarada por médico assistente e reconhecida pela empresa.
- XX. Dependente legal:** dependente informado pelo empregado; declarado no imposto de renda; e/ou reconhecido por meio de sentença judicial ou Instrumento Declaratório Público; e reconhecido pela empresa.
- XXI. Documento comprobatório do serviço prestado:** documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do plano e emitida pelo profissional ou pela instituição prestadora do serviço ou fornecedores de aparelhos e medicamentos.
- XXII. Doenças ou lesões preexistentes:** são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.
- XXIII. Doença grave:** conforme a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna (câncer), cegueira, hanseníase, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de *parkinson*, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de *paget* (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), fibrose cística (mucoviscidose) e *alzheimer*.
- XXIV. Empresa:** para efeitos deste regulamento, a Companhia de Geração e Transmissão de Energia Elétrica do Sul do Brasil - Eletrobras CGT Eletrosul.
- XXV. Empresa congênera:** operadora de saúde com que a ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde mantém convênio de reciprocidade.
- XXVI. Evento:** conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar realizado pelo beneficiário do plano.
- XXVII. Exames complementares de diagnóstico:** exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais solicitados pelo médico.
- XXVIII. Hospital-Dia:** atendimento hospitalar o qual não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

- XXIX. Internação hospitalar eletiva:** internação programada, ou seja, não emergencial.
- XXX. Internação hospitalar emergencial:** internação de caráter emergencial, ou seja, não programada.
- XXXI. Mensalidade:** valor pago pelo titular com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde – por si e por seus dependentes.
- XXXII. Modalidade convênio:** escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam da lista de credenciados.
- XXXIII. Modalidade livre escolha:** escolha do profissional liberal da área de saúde clínica, hospitalar e laboratorial não conveniado com a operadora de saúde.
- XXXIV. Plano ESUL-EBRAS:** benefício concedido pela **PATROCINADORA**, o qual visa garantir a cobertura de serviços assistenciais (atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos, conforme o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS) sob as modalidades de convênio ou livre escolha aos beneficiários.
- XXXV. Portador de doença grave:** portadora de doença grave classificada pela OMS.
- XXXVI. Radiografia inicial:** aquela tirada antes da execução do procedimento, cujo objetivo de ratificar o diagnóstico do paciente, sendo solicitada quando o cirurgião-dentista precisa realizar o diagnóstico de patologias bucais e realizar intervenções.
- XXXVII. Radiografia final:** aquela tirada após a realização do procedimento, cuja finalidade, entre outras, é de atestar a eficácia do procedimento executado no paciente, sendo solicitada para averiguar a qualidade do procedimento realizado.
- XXXVIII. Reciprocidade:** convênio celebrado entre duas operadora de planos de saúde que ofereçam condições similares para utilização recíproca da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde de modo a prestar atendimentos aos beneficiários, permutando os serviços e observando as normas de cada participante.
- XXXIX. Referencial de participação:** tabela a qual contém os valores (em percentual de salário e por faixa etária) a serem praticados pelos titulares, com relação a si e seus dependentes.
- XL. Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS:** listagem mínima e obrigatória de consultas, cirurgias e exames que um plano de saúde deve oferecer.
- XLI. Remuneração de referência:** rendimento do empregado para classificação nas faixas de mensalidade, de acordo com o Normativo Interno da **Patrocinadora**.
- XLII. Salário-benefício:** é o valor do salário benefício recebido junto ao INSS e à entidade previdenciária (Fundação ELOS), caso esteja vinculado, em caso de aposentadoria por invalidez, e complemento, em caso de empregados.
- XLIII. Tratamento seriado:** aquele realizado em sessões sucessivas, tais como: acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, psicologia e terapia renal substitutiva.
- XLIV. Titulares:** pessoas naturais as quais mantenham vínculo com a **PATROCINADORA**, conforme estão discriminados no capítulo IV deste regulamento.
- XLV. Pacto de convivência:** documento registrado em cartório que comprove a relação entre casais ou parceiros.

CAPÍTULO IV DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º. Serão consideradas beneficiários titulares, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo **PLANO**, as pessoas naturais as quais mantenham os seguintes vínculos com a

PATROCINADORA:

- I. Empregados com vínculo ativo com a **PATROCINADORA** – exceto aqueles com contrato de trabalho suspenso sem remuneração;
- II. Empregados cedidos à **PATROCINADORA** – restrito à vigência da sua cessão à empresa; e
- III. Empregados cedidos pela **PATROCINADORA** – com opção pelo plano **ESUL-EBRAS**.

§1º. Serão mantidos no plano **ESUL-EBRAS** os afastados e os aposentados por invalidez temporária, nos termos e nas condições definidos em Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) vigente da **PATROCINADORA**.

§2º. Será permitida a readmissão de titulares com contrato de trabalho suspenso sob licença sem remuneração no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de seu retorno à **PATROCINADORA**, com o restabelecimento das coberturas e sem o cumprimento de carência.

§3º. Será permitida a readmissão de titulares os quais foram cedidos pela **PATROCINADORA** e optaram por não permanecer no plano **ESUL-EBRAS** durante seu período de cessão no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de seu retorno, com o restabelecimento das coberturas e sem o cumprimento de carência.

Art. 8º. Serão considerados beneficiários dependentes, para efeito do plano **ESUL-EBRAS**, desde que respeitadas as avaliações socioeconômicas, quando necessárias, e as normas internas da **PATROCINADORA**:

- I. cônjuge ou companheiro de união estável – inclusive os do mesmo sexo;
- II. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros menores de 21 anos de idade;
- III. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros a partir de 21 anos de idade e até completarem 24 anos de idade (conforme §2º. do Art. 10º) – desde que cursando o 3º grau ou equivalente;
- IV. filhos (incluídos os adotivos) ou enteados solteiros maiores de 21 anos incapacitados permanentemente para o trabalho; e
- V. os menores sob tutela ou curatela do titular.

Art. 9º. Para efeito do plano **ESUL-EBRAS**, sempre que for julgado necessário, serão realizadas avaliações para constatação da presença de requisitos básicos tanto para admissão como para manutenção de dependentes.

§1º. A inscrição de dependentes ficará condicionada à participação de titular.

§2º. Para fazer jus aos benefícios ofertados por intermédio deste plano, os dependentes de empregados deverão obrigatoriamente estar inscritos também no cadastro da **PATROCINADORA**.

§3º. Para efeito de cadastramento no plano **ESUL-EBRAS**, será obrigatória a apresentação de documentos os quais comprovem a veracidade da dependência com o titular.

§4º. Quando se tratar de casal empregado da **PATROCINADORA**, somente um dos pares terá direito ao cadastramento de dependentes, comprovando devidamente a dependência.

§5º. Por direito adquirido, fará parte do plano **ESUL-EBRAS** o genitor que já estiver cadastrado como dependente do empregado para utilização do plano de saúde, comprovadamente, com data anterior a 01 de outubro de 2021, desde que a **PATROCINADORA** apresente anualmente (até o último dia útil de abril) a documentação comprobatória de dependência econômica, não sendo admitido o reingresso em caso de exclusão.

§6º. Para a manutenção do cadastro de dependente do titular, a documentação do genitor deverá ser analisada, anualmente, no decorrer do mês de maio.

§7º. Em todos os casos descritos nas alíneas do art. 8º, a verificação das condições de elegibilidade e manutenção dos dependentes ficará a cargo da **PATROCINADORA**.

Art. 10. Para o cadastro no plano **ESUL-EBRAS**, será necessária a apresentação, em cópia simples, da documentação constante do anexo I deste instrumento.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de vinte um anos, incapacitados permanentemente, deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo médico assistente, o qual será submetido à análise da auditoria médica, psicológica e social da **PATROCINADORA**.

§2º. O filho (incluído o adotivo), enteado e curatelado, quando universitários, perderão o direito de permanecer no plano **ESUL-EBRAS** no último dia do mês que completarem 24 (vinte e quatro) anos.

§3º. A obtenção, análise e comprovação de legitimidade e guarda dos documentos comprobatórios de vínculo dos empregados e respectivos dependentes é responsabilidade da **PATROCINADORA**.

§3º. A **ELOSAÚDE** terá o direito de, a qualquer tempo, exigir tanto da **PATROCINADORA** como do beneficiário a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas, no que compete a cada uma das partes.

Art. 11. Será assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário; e
- II. Do filho adotivo, menor de 21 (vinte e um) anos.

Parágrafo Único – A inclusão dos beneficiários previstos nos incisos I e II ficará condicionada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente regulamento.

CAPÍTULO V

DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12. A **ELOSAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste regulamento, e na rede

prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **ELOSAÚDE**, 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 **ESUL-EBRAS** 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.

Seção I Da Cobertura Médico-Hospitalar

Art. 13. 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;
 - I.1) Não são consideradas especialidades médicas aquelas que o Conselho Federal de Medicina-CFM estabelece como áreas de atuação.
- 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 da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigente à época do evento, quando for o caso;
- III. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro obstétrico e obstetrix, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;
 - III.I. A **PATROCINADORA** abre mão da aplicação das Diretrizes de Utilização (DUT) exclusivamente incidentes sobre os serviços descritos na presente alínea.
- IV. Consultas e/ou sessões com psicólogos e de psicoterapia, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento;
 - IV.I. A **PATROCINADORA** abre mão da aplicação das Diretrizes de Utilização (DUT) exclusivamente incidentes sobre os serviços descritos na presente alínea.
- V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VI. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- VII. Quimioterapia oncológica ambulatorial, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de

estabelecimento de saúde;

- VIII.** Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem 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.
- IX.** Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- X.** Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais 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;
- XI.** Hemoterapia ambulatorial;
- XII.** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.

Art. 14. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I.** Internações hospitalares, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, desde que solicitadas pelo médico assistente;
- II.** Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto as de caráter particular, e alimentação;
- III.** Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, desde que indicado pelo médico 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.
- 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 com deficiência, salvo contra-indicação justificada do médico ou cirurgião dentista assistente ou em 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, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial;
- 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;
- X.** O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, 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; e
 - 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.
- XI.** Procedimentos ambulatoriais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:
- a)** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - b)** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c)** 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;
 - d)** Procedimentos radioterápicos;
 - 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)** Radiologia intervencionista;
 - i)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j)** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- XII.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XIII.** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIV.** Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as 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) e 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; e
 - d)** Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
 - e)** Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente, devendo dessa forma considerar que:
 - 1.** O beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos 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;
 - 2.** As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes 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; e
 - 3.** 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.
- XV.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XVI.** 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 entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares; e
- XVII.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

Art. 15. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, será observado o seguinte:

- I.** O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;
- II.** Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- III.** No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definido para fins deste regulamento, 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 a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento; e

IV. Nas internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de adesão do beneficiário.

Art. 16 – O presente regulamento garante ainda:

- I.** Atendimentos para planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, 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 ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação do profissional assistente;
- III.** Equipe necessária à realização do procedimento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, caso haja indicação do profissional assistente;
- IV.** Taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários à 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/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observado o disposto na regulamentação;
- 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; e
- VI.** Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, 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, ainda que tenham sido colocadas anteriormente ao início de vigência do beneficiário no plano, conforme indicação do profissional assistente.

Seção II Das Coberturas Odontológicas

Art. 17. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este regulamento, conforme relação a seguir:

- I.** Procedimentos de diagnóstico:
 - a)** Consulta odontológica;

- b)** Consulta odontológica inicial;
- c)** Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- d)** Condicionamento em odontologia;
- e)** Teste de fluxo salivar;
- f)** Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
- g)** Teste de PH salivar (acidez salivar);
- h)** Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.

II. Procedimentos de radiologia:

- a)** Radiografia periapical;
- b)** Radiografia interproximal – bite-wing;
- c)** Radiografia oclusal;
- d)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- e)** Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).

III. Procedimentos de prevenção em saúde bucal:

- a)** Atividade educativa em saúde bucal;
- b)** Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c)** Aplicação tópica de flúor;
- d)** Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- e)** Profilaxia – polimento coronário;
- f)** Aplicação de selante;
- g)** Dessensibilização dentária;
- h)** Remineralização dentária;
- i)** Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.

IV. Procedimentos de dentística:

- a)** Aplicação de carióstático;
- b)** Adequação do meio bucal;
- c)** Restauração em amálgama;
- d)** Faceta direta em resina fotopolimerizável;
- e)** Núcleo de preenchimento;
- f)** Ajuste oclusal;
- g)** Restauração em ionômero de vidro;
- h)** Restauração em resina fotopolimerizável;
- i)** Restauração temporária/tratamento expectante;
- j)** Tratamento restaurador atraumático;
- k)** Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

V. Procedimentos de periodontia:

- a)** Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- b)** Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;

- c) Imobilização dentária;
- d) Gengivectomia/gengivoplastia;
- e) Aumento de coroa clínica;
- f) Cunha proximal;
- g) Cirurgia periodontal a retalho;
- h) Tratamento de abscesso periodontal;
- i) Enxerto gengival livre;
- j) Enxerto pediculado.

VI. Procedimento de endodontia:

- a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b) Pulpotomia;
- c) Remoção de corpo estranho intracanal;
- d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e) Retratamento endodôntico em dentes permanentes;
- f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i) Remoção de núcleo intra-canal;
- j) Remoção de peça/trabalho protético.

VII. Procedimento de cirurgia:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- c) Biópsia (lábio, boca, língua, glândula salivar, mandíbula/maxila);
- d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e) Cirurgia para tórus/exostose;
- f) Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar;
- g) Exodontia a retalho;
- h) Exodontia de raiz residual;
- i) Exodontia simples de permanente;
- j) Exodontia simples de decíduo;
- k) Redução de fratura alvéolo dentária;
- l) Frenotomia/frenulotomia/frenulectomia labial;
- m) Frenotomia/frenulotomia/frenulectomia lingual;
- n) Remoção de dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados;
- o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
- q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s) Ulectomia/ulotomia;
- t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- v) Punção aspirativa / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-

- maxilo-facial;
- w)** Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
 - x)** Bridectomia/bridotomia;
 - y)** Odonto-secção;
 - z)** Redução de luxação da ATM;
 - aa)** Tunelização;
 - bb)** Remoção de odontoma;
 - cc)** Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
 - dd)** Reconstrução de sulco gengivo-labial;
 - ee)** Remoção de dreno extra-oral;
 - ff)** Remoção de dreno intra-oral;
 - gg)** Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
 - hh)** Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânulo salivar.

VIII. Procedimentos de prótese dental:

- a)** Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b)** Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c)** Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- d)** Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
- e)** Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética;
- f)** Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética;
- g)** Reembasamento de coroa provisória.

Parágrafo Único – 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.

CAPÍTULO VI DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 18. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do plano **ESUL-EBRAS** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I.** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **ELOSAÚDE** e/ou sem atendimento às condições previstas neste regulamento;
- II.** Atendimentos prestados antes do início da vigência, 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 e ou não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de

- Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aqueles que fazem uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;
- 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
 - VI.** Cirurgia plástica estética de qualquer natureza, exceto – como é o caso do Art. 10-A da Lei 9.656/98 – para os casos em que haja previsão legal expressa em contrário;
 - 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.** 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;
 - X.** 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 da quimioterapia oncológica ambulatorial e 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;
 - XI.** 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;
 - XII.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - XIII.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - XIV.** Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
 - XV.** Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
 - XVI.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
 - XVII.** Aparelhos ortopédicos;
 - XVIII.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - XIX.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, ressalvada a cobertura para reembolso nos termos previstos no Capítulo X do presente Regulamento;
 - XX.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário,

- exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, nos termos definidos neste regulamento;
- XXI.** Despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste regulamento;
 - XXII.** Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, 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;
 - XXIII.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
 - XXIV.** Cirurgia para mudança de sexo;
 - XXV.** Avaliação pedagógica;
 - XXVI.** Orientações vocacionais;
 - XXVII.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - XXVIII.** Qualquer outro tipo de atendimento e/ou assistência domiciliar – listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura –, mesmo em caráter de urgência e emergência;
 - XXIX.** Remoção domiciliar;
 - XXX.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - XXXI.** Investigação de paternidade, maternidade ou consaguinidade;
 - XXXII.** Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular)
 - XXXIII.** Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
 - XXXIV.** Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
 - XXXV.** Todos os procedimentos da especialidade de ortodontia;
 - XXXVI.** Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - XXXVII.** Transplantes ósseos;
 - XXXVIII.** Enxertos biomateriais;
 - XXXIX.** Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
 - XL.** Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
 - XLI.** Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres; Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
 - XLII.** Cirurgias Odontológicas a laser;
 - XLIII.** Clareamento dentário; e
 - XLIV.** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19 – Não será exigido o cumprimento de carência para a garantia das coberturas previstas neste instrumento aos beneficiários regularmente inscritos.

Parágrafo Único – a **PATROCINADORA** opta por não aplicar os períodos de carências legalmente permitidos, de forma que todos os beneficiários inscritos no plano **ESUL-EBRAS** estejam aptos a utilizarem os serviços do plano a partir do processamento da sua adesão e início da vigência do **PLANO**.

CAPÍTULO VIII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 20. Não será aplicada a cobertura parcial temporária ou o agravo no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, a todos os beneficiários regularmente inscritos no **PLANO**.

CAPÍTULO IX DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 21. Considera-se:

- I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II. Atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e
- III. Atendimento de urgência e ou emergência odontológico:
 - a) consulta odontológica de urgência;
 - b) controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
 - c) tratamento de odontalgia aguda;
 - d) imobilização dentária;
 - e) recimentação de peça/trabalho protético;
 - f) tratamento de alveolite;
 - g) colagem de fragmentos dentários;
 - h) incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - i) reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 22. Haverá cobertura para os atendimentos de urgência ou emergência após o início de vigência da adesão do Beneficiário ao plano **ESUL-EBRAS**.

Seção II Da Remoção

Art. 23. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (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 da **ELOSAÚDE**, 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 X DO REEMBOLSO

Art. 24. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de:

- I- atendimentos de urgência e ou emergência, dentro do território nacional;
- I- atendimentos eletivos ocorridos dentro da área geográfica de abrangência e atuação do **PLANO**.

§1º. Não é cabível o pagamento de reembolso de serviços utilizados em prestador pertencente à rede de credenciados da **ELOSAÚDE**.

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **ELOSAÚDE**, que não será inferior ao valor praticado pela operadora de saúde junto à rede de credenciados do plano **ESUL-EBRAS**, tendo como base o valor praticado na data de realização do evento.

§3º. - A Tabela de Referência está registrada no “**Cartório de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas**” da Comarca de Florianópolis-SC, estando também disponível na sede da operadora e no site www.elosaude.com.br. As revisões na Tabela de Referência, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede, ocorrem por decisão do Conselho Deliberativo da **ELOSAÚDE**.

§4º. Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência podem ser obtidos na sede da **ELOSAÚDE**, pelo telefone (48) 3298-5555 ou pelo e-mail reembolso@elosaude.com.br.

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos na conta-corrente do beneficiário titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, sempre descontados os devidos valores de coparticipação.

§6º. A cobrança de coparticipação seguirá as regras dispostas no art. 34 deste regulamento e incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados, sendo abatida do valor a ser reembolsado.

§7º. O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos, tratamentos seriados, exames complementares de diagnóstico, aparelhos e medicamentos devem ser requeridos à **ELOSAÚDE**, com toda a documentação comprobatória do serviço prestado.

§8º. Quando o serviço for prestado por pessoa, física é obrigatório recibo contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, endereço completo (inclusive CEP), carimbo e assinatura do profissional executante:
 - a) Os recibos apresentados em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome, conselho de classe e CPF do profissional, ficam dispensados da aposição de carimbo.
- III. Especialidade, se profissional médico;
- IV. Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e
- V. Data de quitação do serviço.

§9º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica é obrigatória nota fiscal contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- III. Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- IV. Especialidade, se profissional médico; e
- V. Data de quitação do serviço.

§10. A requisição de exame complementar deve conter:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Descrição do exame, codificação e indicação clínica;
- III. Nome, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional solicitante;
 - a) A requisição de exame apresentada em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome e número do Conselho Regional de Classe do profissional, fica dispensada da aposição de carimbo.
- IV. Data.

§11. Os exames complementares devem ser realizados em estabelecimentos pessoa jurídica, excetuando-se os exames de Eletrocardiograma e Endoscopia Digestiva Alta que podem ser realizados em estabelecimentos pessoa física.

§12. Faz-se necessária a apresentação dos documentos listados no anexo II deste instrumento ao se pedir o reembolso.

§13. Em caso de negativa da solicitação, o beneficiário poderá reapresentar o pedido no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento da resposta da operadora de saúde, anexando as justificativas e/ou documentação complementar, quando serão gerados um novo protocolo e um novo prazo.

§14. Os recibos, notas fiscais, cupons fiscais, laudos especializados, receitas e/ou outros documentos inerentes aos processos de reembolso devem ser apresentados em vias íntegras, legíveis e idênticas aos documentos originais.

- I. Qualquer documentação médica e/ou recibo de pagamento emitidos em idioma que não seja o português deve ser acompanhada de tradução juramentada e as expensas para a referida tradução correrão por conta do beneficiário interessado;
- II. Os documentos originais devem ser guardados pelo titular do plano por até 12 (doze) meses contados da data do efetivo reembolso em sua conta corrente;
- III. À **ELOSAÚDE** cabe o direito de, dentro dos 12 (doze) meses previstos na alínea II do presente parágrafo, solicitar a apresentação do documento original para o fim que julgar apropriado;
- IV. O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de apresentar o documento original solicitado, em prazo igual ou inferior à 30 (trinta) dias corridos, contados da data de solicitação, ensejará a possibilidade de cobrança integral pela Patrocinadora do valor reembolsado, correspondente ao documento não apresentado.

§15. Nos procedimentos odontológicos, o beneficiário deverá observar, ainda, as exigências descritas na Subseção I - Da consulta e do tratamento odontológico, para que faça jus ao reembolso previsto neste Capítulo, inclusive quanto a necessidade de autorização prévia da **ELOSAÚDE**.

§16. Nos procedimentos seriados, o beneficiário deverá observar, ainda, as exigências descritas respectivamente nas Subseções II – Da psicologia e fonoaudiologia; III – Da acupuntura e fisioterapia e IV – Da terapia ocupacional, para que faça jus ao reembolso previsto neste Capítulo, inclusive quanto a necessidade de autorização prévia da **ELOSAÚDE**.

§17. O titular do plano tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do recibo ou nota fiscal.

§18. É vedada a solicitação de reembolso de despesas contraídas pelo beneficiário junto a prestadores que se configurem como parentes até o terceiro grau consanguínio e segundo grau por afinidade.

§19. Não serão reembolsadas despesas constantes em documentos ilegíveis e/ou rasurados.

CAPÍTULO XI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Carteira de Identificação do plano ESUL-EBRAS

Art. 25. A **ELOSAÚDE** fornecerá aos beneficiários a Carteira de Identificação – física e/ou eletrônica,

em conformidade com os padrões vigentes à época –, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens do plano **ESUL-EBRAS**, podendo a **ELOSAÚDE** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

§1º. A perda, furto ou roubo da carteira de identificação do plano **ESUL-EBRAS** deve ser imediatamente informada, por escrito, à **ELOSAÚDE**. Somente no caso de perda o ônus pela emissão da segunda carteira será de responsabilidade do beneficiário.

§2º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais plano **ESUL-EBRAS** é exigido, além da carteira de identificação plano **ESUL-EBRAS**, um documento de identidade pessoal do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica na não obrigatoriedade de atendimento, por parte do prestador de serviço sem autorização por parte da **ELOSAÚDE**.

Seção II Da Modalidades de Utilização do plano ESUL-EBRAS

Art. 26. A **ELOSAÚDE** disponibiliza duas modalidades para a utilização do plano **ESUL-EBRAS**: Credenciamento e Livre Escolha, ficando a escolha a critério do beneficiário.

Art. 27. Na prestação de serviços, o beneficiário ou responsável deverá assinar a Guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

Parágrafo Único - O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada devem apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

Art. 28. O atendimento aos beneficiários será prestado por rede contratada ou conveniado pela operadora de saúde para esse fim.

§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.

§2º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da **ELOSAÚDE** 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.

§3º. A **ELOSAÚDE** reserva-se o 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 art. 17 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998:

- a) É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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 continuidade da assistência.
- c) No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Seção III Da Autorização Prévia

Art. 29. Cabe ao prestador credenciado solicitar à **ELOSAÚDE** a autorização prévia para a realização dos serviços elencados no anexo III deste regulamento.

§1º. Quando o procedimento envolver utilização de materiais especiais, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Auditoria e ou Perícia Médica da **ELOSAÚDE** laudo médico e com a justificativa da indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, dentre aquelas regularizadas junta à Anvisa, que atendam às características especificadas, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, ficando a escolha sob a responsabilidade da operadora de saúde.

§2º. Necessitam de autorização prévia do auditor médico e ou do perito odontológico os tratamentos indicados pela operadora de saúde junto à rede credenciada.

§3º. Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de até 3 (três) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo credenciado e o plano **ESUL-EBRAS** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§4º - Cirurgia e internação hospitalar emergencial devem ser comunicadas à **ELOSAÚDE**, até 3 (três) dias úteis da ocorrência, e deverá ser apresentado o Laudo Médico.

§5º. Serão efetuadas auditorias médica e odontológica prévia e final, conforme normas estabelecidas pela **ELOSAÚDE**.

§6º. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado da data da solicitação, ou em conformidade com a legislação vigente, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, nos termos deste regulamento.

§7º. Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico ou cirurgião-

dentista da **ELOSAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **ELOSAÚDE**.

§8º. A autorização prévia somente será efetivada pela **ELOSAÚDE** mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento e relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento.

§9º. Para a análise adequada da autorização prévia, a **ELOSAÚDE** reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao beneficiário(a).

§10. A resposta à solicitação de cobertura assistencial será fornecida pela **ELOSAÚDE** no prazo estabelecido na Resolução Normativa ANS nº 395, de 14 de janeiro de 2016, ou na que vier a substituí-la, sendo garantido o atendimento ao beneficiário conforme prazos e condições estabelecidos na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, ou na que vier a substituí-la.

§11. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o beneficiário será submetido. Quando necessária à permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à **ELOSAÚDE** a prorrogação da autorização.

Seção IV Do Atendimento

Subseção I Da Consulta e Do Tratamento Odontológico

Art. 30. Quando o beneficiário residir ou estiver temporariamente em local que a **ELOSAÚDE** não tenha rede credenciada direta ou indireta, a Guia de Tratamento Odontológico – GTO deve ser encaminhada à **ELOSAÚDE**, acompanhada da respectiva justificativa, para autorização prévia.

§1º. Em caso de tratamento de emergência, a documentação deve ser encaminhada à **ELOSAÚDE**, acompanhada de laudo, no prazo de 3 (três) dias úteis, após a data de início do tratamento, sujeito à aprovação pela área responsável pelo serviço de odontologia.

§2º. No caso dos titulares em viagem a serviço ou férias a documentação poderá ser entregue no prazo de 3 (três) dias úteis, após a data de retorno, na área responsável pelo serviço de odontologia para aprovação pela área responsável.

§3º. Para o tratamento odontológico é exigido a GTO, preenchida e assinada pelo profissional e beneficiário devendo ter autorização prévia, auditoria inicial e final conforme as normas constantes no referencial de procedimentos odontológicos, independentemente do valor do tratamento. Qualquer alteração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela **ELOSAÚDE**.

§4º. No caso de tratamento realizado por profissional não credenciado, ao término do tratamento, deverá ser emitida Nota Fiscal (CNPJ) e ou recibo constando razão social, nº do CRO, CPF, com a

assinatura do titular para solicitação do reembolso.

§5º. Os beneficiários devem se submeter às auditorias e ou perícia inicial e final.

§6º. Na **ELOSAÚDE** ou nas Unidades que não dispuserem de Auditor e ou Perito Odontológico em seu próprio quadro, a auditoria e ou perícia inicial e final externas serão exigidas para todos os orçamentos acima dos limites estabelecidos nos valores referenciais de procedimentos odontológicos.

§7º. A **ELOSAÚDE** pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados, observando o disposto na regulamentação.

Subseção II Da Psicologia e fonoaudiologia

Art. 31. Tratamentos psicoterápicos biofeedback, psicopedagogia e fonoaudiologia deverão ser descritos os tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou diagnóstico para autorização prévia pela perícia psicológica e fonoaudiológica na **ELOSAÚDE**, sendo a cobertura limitada ao rol da ANS vigente à época do evento.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar nova solicitação acompanhado de laudo especializado contendo CID e/ou o diagnóstico para nova autorização.

Subseção III Da Acupuntura e Fisioterapia

Art. 32. Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia é necessária a solicitação médica.

§1º. Para realização de acupuntura é necessária a autorização prévia da **ELOSAÚDE**.

§2º. Os insumos necessários à realização de acupuntura (ex.: agulhas) estão contemplados na negociação realizada junto ao prestador de serviços e não serão remunerados ou reembolsados à parte.

§3º. Para fisioterapia buco-maxilo-facial é necessária a solicitação pelo Cirurgião-Dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e ou perícia odontológica.

Subseção IV Da Terapia Ocupacional

Art. 33. Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou o diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica ou fisioterápica na **ELOSAÚDE**.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado contendo CID **e/ou diagnóstico**, para nova autorização.

Seção V Das Coparticipações

Art. 34. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário titular à **ELOSAÚDE**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário titular em relação a si e a seus dependentes, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos beneficiários, dos procedimentos relacionados no anexo IV deste instrumento.

§2º. A **ELOSAÚDE** informará à **PATROCINADORA** o valor total da coparticipação de cada beneficiário, após a realização dos procedimentos, nos termos previstos no presente regulamento.

§3º. A **PATROCINADORA** ficará responsável por proceder ao desconto do valor relativo à coparticipação em folha de pagamento de seu empregado, observando os critérios por ela estabelecidos.

§4º. A **PATROCINADORA** será reponsável pelo pagamento integral à **ELOSAÚDE** dos valores referentes às coparticipações oriundas das utilizações de serviços por parte dos beneficiários inscritos no plano.

Seção VI Do padrão de acomodação

Art. 35. A acomodação oferecida pelo plano **ESUL-EBRAS** no caso de internações hospitalares é individual.

Parágrafo Único - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos 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.

CAPÍTULO XII DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 36. O plano **ESUL-EBRAS** será custeado em regime de preço 'pós-estabelecido', na forma de rateio, nos termos da Resolução Normativa nº 85, de 2004 da ANS (Anexo II, subitem 11.1.2.1) e alterações posteriores.

Art. 37. A **PATROCINADORA** arcará com o valor da contraprestação pecuniária, estabelecido após a

realização das despesas com as coberturas asseguradas, mediante o repasse à **ELOSAÚDE** do valor total mensal das despesas oriundas dos serviços prestados aos beneficiários na forma deste Regulamento, acrescido dos demais valores descritos no convênio de adesão com a **ELOSAÚDE**.

§1º. A contraprestação pecuniária será parcialmente custeada pelos Beneficiários, conforme regras definidas no Anexo V deste Regulamento, que estabelece os critérios para contribuição mensal dos beneficiários titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus dependentes, e, ainda, por meio das coparticipações incidentes na utilização dos serviços, na forma do Anexo IV.

§2º. A participação dos beneficiários no custeio do plano **ESUL-EBRAS** obedecerá ao disposto na Súmula Normativa nº 09, de 2005 da ANS, que veda o repasse integral e individualizado dos custos dos serviços prestados aos Beneficiários pela **PATROCINADORA**.

Art. 38. As contribuições mensais relativas aos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, e as coparticipações serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento, ficando a **PATROCINADORA** responsável pelo processamento do referido desconto.

§1º. A **PATROCINADORA** é responsável pelo repasse tempestivo à **ELOSAÚDE** do valor integral das contribuições e eventuais coparticipações dos beneficiários do plano **ESUL-EBRAS** e fará o desconto em folha da parte referente aos beneficiários conforme normas internas.

§2º. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos ao plano **ESUL-EBRAS** serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, conforme legislação em vigor.

CAPÍTULO XIII DO REAJUSTE

Art. 39. 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, considerando a forma de reajuste eleita pelas partes no respectivo instrumento.

§1º. Para a manutenção da proporcionalidade entre a participação financeira da **PATROCINADORA** e do beneficiário titular – que contribui em valor fixo no custeio do **ESUL-EBRAS**, anualmente, será realizada uma avaliação atuarial que poderá indicar a necessidade de alteração das contribuições previstas no Anexo V, bem como das coparticipações estabelecidas no Anexo IV do presente Regulamento.

§2º. As alterações serão comunicadas pela **ELOSAÚDE**, observando a regulamentação em vigor.

CAPÍTULO XIV DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 40. A contrapartida de responsabilidade do beneficiário é definida em função da faixa etária

dos beneficiários inscritos e faixa salarial do titular, conforme plano de custeio anexo a este Regulamento e regras estabelecidas neste Capítulo.

§1º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste tratado no Capítulo anterior.

§3º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas; e
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§4º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso – Lei 10.471, de 2003, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO XV

DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 41. O plano tratado neste regulamento destina-se exclusivamente a categoria de beneficiários titulares ativos e seus respectivos dependentes (plano **ESUL-EBRAS**), sendo garantido o direito da manutenção de ex-empregados em outro plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente aos empregados inativos e seus respectivos dependentes, por opção e nos termos admitidos pela regulamentação da ANS.

Art. 42. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, ao ex-empregado aposentado e aos dependentes vinculados ao plano **ESUL-EBRAS** o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

Art. 43. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XVI

DA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 44. Caberá à **PATROCINADORA** solicitar a exclusão de beneficiário, dentre outras, nas seguintes situações:

- I. Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção em plano da **ELOSAÚDE** exclusivo para Titulares com vínculo inativo, nos termos da regulamentação vigente;
- II. Perda do direito de elegibilidade e vínculo de toda a massa de beneficiários, decorrente da saída da CGT Eletrosul da condição de Patrocinadora da ELOSAÚDE;
- III. Perda da qualidade de Dependente, quando 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; e
- IV. Quando da solicitação pelo Titular da exclusão de qualquer Dependente.

§1º. Para proceder com a solicitação de exclusão de beneficiário titular tratado neste instrumento, a **PATROCINADORA** deverá obrigatória e expressamente informar à **ELOSAÚDE**.

- I. Se o beneficiário foi excluído por desligamento ou aposentadoria;
- II. Se o beneficiário desligado se enquadra no disposto no artigo 22 da RN 279, de 2011, ou seja, se o empregado aposentado que continuou trabalhando na **PATROCINADORA** após a aposentadoria;
- III. Se o beneficiário contribuía para o custeio do plano **ESUL-EBRAS** tratado neste instrumento;
- IV. Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o custeio do plano **ESUL-EBRAS** tratado neste instrumento;
- V. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição; e
- VI. Se o beneficiário titular, voluntariamente, optou por não permanecer no outro plano privado de assistência à saúde destinado exclusivamente aos empregados inativos e seus respectivos dependentes.

§2º. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão de beneficiários titulares, mediante comprovação inequívoca de que o Titular foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário em plano da **ELOSAÚDE**, exclusivo para beneficiários titulares, com vínculo inativo, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior.

Art. 45. A **ELOSAÚDE** poderá excluir os beneficiários, sem a anuência da **PATROCINADORA**, nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da **ELOSAÚDE**:

- I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;
- II. Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção em plano da **ELOSAÚDE** exclusivo para Titulares com vínculo inativo, nos termos da regulamentação vigente;
- 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; e
- IV. Interrupção do pagamento das contribuições ou coparticipações, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não por ano de vigência de sua inscrição.

§1º. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do dependente deverá ser comunicada pela **PATROCINADORA** à **ELOSAÚDE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

§2º - Considera-se perda da qualidade de beneficiário titular:

- I. Falecimento;
- II. Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- III. Aposentadoria com desligamento da **PATROCINADORA**;
- IV. Decisão administrativa ou judicial;
- V. Voluntariamente, por opção do Titular; e
- VI. Outras situações previstas em Lei.

Art. 46. A exclusão do beneficiário titular implicará a automática exclusão de todos os Dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

Art. 47. Em caso de rescisão contratual com a **PATROCINADORA** e, cumpridos os procedimentos do plano **ESUL-EBRAS**, realizados pelo beneficiário, esse tem direito ao reembolso das despesas realizadas até o último dia trabalhado.

§1º. Quando se tratar especificamente de tratamento odontológico, o titular e seus dependentes ficam sujeitos à auditoria final dos tratamentos realizados, devendo efetuar a mesma até o último dia de trabalho do titular, quando cumprir aviso prévio ou até a quitação da rescisão.

§2º. As despesas referentes à participação do titular, nos serviços faturados pelo plano **ESUL-EBRAS** devem ser quitadas na rescisão contratual ou por meio de cobrança realizada via Nota de Débito, efetuada pela **ELOSAÚDE** ou pela **PATROCINADORA**.

Art. 48. Quando da ocorrência da perda da qualidade de dependente, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora de saúde ou para outros planos da **ELOSAÚDE**, devendo, para tanto serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela RN 438/2018 e/ou alterações emanadas pela ANS posteriormente à referida Resolução Normativa.

Art. 49. Na hipótese de falecimento do titular será assegurado aos dependentes, devidamente cadastrados no plano **ESUL-EBRAS**, a utilização desse benefício de acordo com Normativo Interno. Findo este prazo, a carteira de identificação do plano **ESUL-EBRAS** de todos os seus beneficiários deverá ser devolvida à **ELOSAÚDE**.

Art. 50. A exclusão, nos termos tratados neste regulamento, não exime o beneficiário da obrigação de quitar eventuais débitos com a **ELOSAÚDE**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO XVII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Das Obrigações

Art. 51. São obrigações da **PATROCINADORA**, de modo a assegurar a sustentabilidade deste plano:

- I.** Repassar para a **ELOSAÚDE** os recursos financeiros para custeio do plano de acordo com o estabelecido neste Regulamento e no Convênio de Adesão;
- II.** Orientação quanto à interpretação e acompanhamento das disposições do plano **ESUL-EBRAS**;
- III.** Análise de situações excepcionais; e
- IV.** Disponibilizar informações cadastrais dos empregados à **ELOSAÚDE** incluindo todas as informações referentes a proventos recebidos para fins de cálculo das contribuições e coparticipações execução do plano.

Art. 52. São obrigações da **ELOSAÚDE**:

- I.** Orientação e interpretação das disposições do plano, análise de casos especiais e promoção das respectivas soluções; e
- II.** Gestão do plano **ESUL-EBRAS**.

Art. 53. São obrigações do Beneficiário Titular:

- I.** Comunicação imediata à **ELOSAÚDE** da perda da carteira de identificação para uso do plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;
- II.** Zelo na utilização do plano **ESUL-EBRAS**, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;
- III.** Confirmar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais, no ato do recebimento da nova carteira de identificação de beneficiários do plano **ESUL-EBRAS**;
- IV.** Devolução da carteira de identificação de todos os beneficiários no momento do desligamento ou quando qualquer de seus beneficiários perderem essa condição;
- V.** Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e ou perícia médica;
- VI.** Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e pedidos médicos em suas vias originais, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento ou reembolso;
- VII.** Encaminhamento de tradução juramentada em português de qualquer documentação médica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento ou reembolso, ressalvado, porém, que o plano tem somente cobertura dentro do território nacional, observado o disposto neste Regulamento;
- VIII.** Atendimento as solicitações da **ELOSAÚDE**, quando esta julgar necessário, de avaliações exames complementares de diagnósticos, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final e outros documentos pertinentes que forem solicitados;
- IX.** Declarar e atualizar os dados de seus beneficiários; e

X. Arcar com o pagamento da parte das mensalidades, e coparticipações que lhe forem cabíveis.

Seção II Das Penalidades

Art. 54. O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeita o beneficiário titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo único - São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos beneficiários e dependentes:

- I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em regulamento;
- II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento.
- III. Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;
- IV. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais;
- V. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
- VI. Falsificar ou adulterar documentos; e
- VII. Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação.

Art. 55. A **ELOSAÚDE** poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao beneficiário titular, conforme a gravidade da falta cometida, sempre assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa:

- I. Advertência escrita;
- II. Suspensão;
- III. Exclusão.

§1º. O beneficiário titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

§2º. A suspensão ou exclusão do beneficiário titular, nos termos deste artigo, implicará a automática suspensão ou cancelamento da inscrição de seus dependentes.

§3º. O beneficiário, que sofrer a aplicação da penalidade, terá o prazo de 10 (dez) dias, após o recebimento da notificação, para apresentar a defesa e, se necessário, recorrer à instância competente.

§4º. As penalidades aplicadas serão comunicadas ao beneficiário titular por notificação escrita, com cópia para a respectiva **PATROCINADORA**.

Art. 56. Na hipótese de inadimplência do beneficiário em relação aos valores devidos ao plano, serão também aplicadas as seguintes penalidades:

- I. Suspensão do titular e dos seus dependentes do plano **ESUL-EBRAS**, caso a inadimplência acumule 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos últimos 12 (doze) meses; e
- II. Exclusão do titular e dos seus dependentes do plano **ESUL-EBRAS**, caso a inadimplência acumule mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos últimos 12 (doze)

Seção III Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 57. 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.

Art. 58. Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 59. Nenhuma responsabilidade caberá a **ELOSAÚDE** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular, e de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do beneficiário.

Art. 60. A **ELOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

Art. 61. Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da **ELOSAÚDE** e da **PATROCINADORA** fornecerão informações complementares a este regulamento.

Art. 62. Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da **ELOSAÚDE**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 63. O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 1º de janeiro de 2022, podendo ser revisado a qualquer tempo, objetivando as adequações necessárias para o funcionamento do plano de saúde.

Art. 64. O encerramento da operação do plano **ESUL-EBRAS** pela **ELOSAÚDE** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 65. Fica eleito o foro da comarca da **PATROCINADORA** para dirimir quaisquer demandas sobre o presente regulamento.

Florianópolis-SC, 1º de janeiro de 2022.

Catálogo: [Regulamento do Plano **ESUL-EBRAS** – Versão 1.0 – Aprovada por ocasião do registro do produto junto à ANS – 39 páginas (incluindo anexos)]

De acordo (pela CGT Eletrosul):

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ANEXO I
DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Constituem-se documentos necessários à comprovação de elegibilidade e vinculação do plano:

Relação	Documentos Comprobatórios
Titular	Comprovação de vínculo formal com a PATROCINADORA
Relação de Dependência	Documentos Comprobatórios
Cônjuge	Certidão de casamento; RG e CPF;
Companheiro	Certidão de União Estável emitida em cartório; RG e CPF;
Filho (incluído o adotivo) menor de 21 anos	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Enteado menor de 21 anos	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho (incluído o adotivo) menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1º graduação)	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente.
Enteado menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1º graduação)	Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente.
Curatelado	Decisão judicial nomeando o curador Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Menor sob guarda em processo de adoção	Decisão judicial comprobatória Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho portador de doença grave ou necessidade especial incapacitante	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos); Atestado médico comprovando a incapacidade
Genitor	RG e CPF; Cópia da Declaração de IR; Autorização formal da Patrocinadora

§1º O pedido de adesão ao plano será formalizado por meio de formulário próprio, assinado pelo titular e pelo representante designado pela Patrocinadora, o qual deve ser apresentado à ELOSAÚDE em sua via original, sem a necessidade de cópias de outros documentos.

§2º A guarda do rol de documentos consoantes do presente Anexo I é responsabilidade da Patrocinadora, que deverá apresentá-los para comprovação de vínculo e elegibilidade, sempre que solicitado pela ELOSAÚDE, em prazo não superior a 30 (trinta) dias corridos, contados da solicitação formal

ANEXO II
DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO

Procedimento ou serviço	Documentação comprobatória
Consultas Médicas e Odontológicas	- Recibo ou nota fiscal;
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT/ Tratamentos seriados	- Recibo ou nota fiscal; - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	- Recibo ou nota fiscal; - Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso; - Fatura com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.
Internações	- Recibo ou nota fiscal do estabelecimento hospitalar e ou dos profissionais que prestaram atendimento; - Relatório do médico assistente justificando a necessidade de internação, com descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e demais informações que se fizerem pertinentes; - Fatura hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados; - Em caso de internação cirúrgica, apresentar cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico; - Se utilizado implante de órtese, prótese ou material especial, apresentar nota fiscal do material utilizado.

ANEXO III
DA LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

A relação abaixo contempla os principais procedimentos médicos e odontológicos, agrupados por tipo para facilitar a compreensão. Exceções se aplicam (vide observação ao final da lista).	
1.	Internações de qualquer natureza e acomodação (inclusive Day-hospital)
2.	Prorrogações de internações
3.	Cirurgias (Pequena, Média e Grande), inclusive ambulatoriais
4.	Procedimentos de Dermatologia (Terapia e Cirurgia)
5.	Hemodinâmica (Cateterismos, Angioplastias etc.)
6.	Radiologia Intervencionista
7.	Medicina Nuclear
8.	Procedimentos diagnósticos guiados por vídeo, para punção e biópsias
9.	Químio, radioterapia e procedimentos de investigação chamados “Pet-scan”
10.	Sessões com Psicoterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais
11.	Procedimentos odontológicos, exceto de urgências e emergências
12.	Exames de laboratório média e alta complexidade
13.	Exames e procedimentos com Diretriz de Utilização estabelecida pela ANS.
14.	Hemodiálise e diálise
OBS.:	A lista completa, item a item, contém mais de 4 mil itens, todos devidamente codificados (código TUSS) está disponível no site da ELOSAÚDE, juntamente com o regulamento do plano.

**ANEXO IV
DAS COPARTICIPAÇÕES**

Crítérios	Coparticipação	Limitador
Internação psiquiátrica	0%	Até 30 dias de internação
Internação psiquiátrica	50%	A partir do 31º dia de internação
Procedimentos odontológicos	20%	-
Consultas; exames de qualquer natureza; tratamentos seriados; e terapia	20%	R\$ 150,00 por procedimento
Demais procedimentos médico-ambulatoriais	20%	R\$ 150,00 por procedimento
Quimioterapia; diálise; hemodiálise; e radioterapia	0%	-

- a. **20%** sobre procedimentos médicos ambulatoriais (consultas, exames e demais procedimentos exceto quimioterapia, diálise, hemodiálise, radioterapia – **limitada a R\$ 150,00 por procedimento;**
- b. **20%** sobre todos os procedimentos odontológicos;
- c. As internações hospitalares, bem como os atendimentos ocorridos em hospital-dia, terão cobranças de valores fixos, conforme tabela abaixo:

Custo por Evento de Internação	Coparticipação
De 100,00 a 500,00	22,50
De 500,01 a 1.000,00	45,00
De 1.000,01 a 2.000,00	90,00
De 2.000,01 a 3.000,00	135,00
De 3.000,01 a 4.000,00	180,00
De 4.000,01 a 5.000,00	225,00
De 5.000,01 a 6.000,00	337,50
De 7.500,01 a 10.000,00	450,00
De 10.000,01 a 15.000,00	675,00
De 15.000,01 a 20.000,00	900,00
De 20.000,01 a 30.000,00	1.350,00
De 30.000,01 a 40.000,00	1.800,00
De 40.000,01 a 50.000,00	2.250,00
De 50.000,01 a 60.000,00	2.700,00
De 60.000,01 a 70.000,00	2.800,00
De 70.000,01 a 80.000,00	3.200,00
De 80.000,01 a 90.000,00	3.600,00
De 90.000,01 a 100.000,00	4.000,00
Maior que 100.000,01	5.000,00

ANEXO V DO PLANO DE CUSTEIO

Dispõe sobre os percentuais e valores de contribuição a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, estabelecidos para o custeio do plano **ESUL-EBRAS**.

Considerando o disposto no regulamento do plano **ESUL-EBRAS**, fica instituído o presente plano de custeio, com as regras e valores de contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes.

Art. 1º. Para participar do plano **ESUL-EBRAS**, o beneficiário titular contribuirá mensalmente com o custeio do plano, por si e por seus dependentes, no valor especificado consoante tabela a seguir:

Plano Pós-Pagamento Contributivo (solução alternativa da Comissão de Saúde aprovada na CGT Eletrosul)								
Tabela 60/40 - Válida a partir da folha de jan/22 (a ser descontado em 1º de fevereiro)								
FAIXA ETÁRIA	Valor do Plano (100%)	Até R\$ 5.100,00	De R\$ 5.100,01 até R\$ 6.850,00	De R\$ 6.850,00 até R\$ 8.600,00	De R\$ 8.600,01 até R\$ 10.150,00	De R\$ 10.150,01 até R\$ 11.700,00	De R\$ 11.700,01 até R\$ 14.000,00	Acima de R\$ 14.000,00
0 – 18	163,38	13,48	26,52	39,60	52,68	65,76	78,80	91,88
19 – 23	196,06	16,16	31,84	47,52	63,20	78,88	94,60	110,28
24 – 28	236,90	19,52	38,48	57,44	76,40	95,32	114,28	133,24
29 – 33	285,92	23,56	46,44	69,32	92,20	115,08	137,92	160,80
34 – 38	351,27	28,96	57,04	85,16	113,24	141,36	169,48	197,56
39 – 43	424,79	35,00	69,00	102,96	136,96	170,96	204,92	238,92
44 – 48	522,82	43,08	84,92	126,76	168,56	210,40	252,24	294,04
49 – 53	629,01	51,84	102,16	152,48	202,80	253,12	303,44	353,76
54 – 58	767,89	63,28	124,72	186,16	247,60	309,00	370,44	431,88
ACIMA 59	977,01	80,52	158,68	236,84	315,00	393,16	471,32	549,48

§1º. A base de cálculo para definição do valor da contribuição mensal ao plano **ESUL-EBRAS**, parte do beneficiário titular, considerará:

- I. Empregados ativos, inclusive aqueles cedidos pela **PATROCINADORA**: o valor da **Remuneração de Referência** paga pela **PATROCINADORA**;
- II. Empregados cedidos para as Empresas do Grupo Eletrobras: o valor da **Remuneração de Referência** recebida junto à entidade cedente, de modo análogo ao estabelecido na **Remuneração de Referência** da Empresa, somado à eventual complemento remuneratório recebido da empresa para a qual esteja cedido;
- III. Dirigentes (Presidente, Diretores: o valor dos honorários recebido junto à **PATROCINADORA**, de modo análogo ao estabelecido na **Remuneração de Referência** da **PATROCINADORA**; e
- IV. Aposentados por invalidez e Aposentados por Acidente do Trabalho: o valor do **Salário Benefício** recebido junto ao INSS e Fundação ELOS.

§2º. A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos beneficiário titulares, por si e seus dependentes, observará os seguintes critérios:

- I. Faixa salarial do beneficiário titular; e
- II. Faixa etária dos beneficiários inscritos pelo beneficiário titular, incluindo ele próprio.

§3º. O valor da contribuição mensal será o somatório das contribuições individuais do beneficiário titular e de seus dependentes, em conformidade com o estabelecido na tabela de contribuições estabelecida no art. 1º. deste plano de custeio.

Art. 2º. O reajuste dos valores constantes da tabela do Anexo V, referente às contribuições do plano de custeio do plano de saúde plano **ESUL-EBRAS**, será realizado anualmente, especificadamente no mês de Janeiro, possuindo como parâmetro o estudo anual atuarial.

Art. 3º. Este plano de custeio entrará em vigor em 1º/01/2022, vigorando até 31.12.2022.

De acordo (pela CGT Eletrosul):

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: