

REGULAMENTO DO PLANO ODONTOLÓGICO BÁSICO - PLANO B

Capítulo I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A **ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.593.821/0001-03, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 41.729-7, classificada na modalidade Autogestão, estabelecida na Rua Anita Garibaldi, 77 – 2º andar – Sala 201 – Centro - Edifício Pirâmide – Florianópolis/SC, CEP: 88.010-500 é a instituição que administrará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

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

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

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

Art. 3º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **PLANO B** e está registrado na ANS sob o nº 474.659/15-7, possuindo como Características Gerais:

- I- **Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
- II- **Segmentação Assistencial:** Odontológica;
- III- **Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Municípios;

Área de Atuação: Campo Grande/MS, Dourados-MS, Colombo/PR, Curitiba/PR, Laranjeiras do Sul/PR, São José dos Pinhais/PR, Rio de Janeiro/RJ, Niterói/RJ, Alegrete/RS, Alvorada/RS, Arroio dos Ratos/RS, Canoas/RS, Charqueadas/RS, Entre Rios do Sul/RS, Erechim/RS, Estrela/RS, Gravataí/RS, Guaíba/RS, Novo Hamburgo/RS, Osório/RS, Passo Fundo/RS, Porto Alegre/RS, São Gerônimo/RS, Sapucaia do Sul/RS, Viamão/RS, Águas Mornas/SC, Antônio Carlos/SC, Balneário Camboriú/SC, Biguaçu/SC, Blumenau/SC, Capivari de Baixo/SC, Criciúma/SC, Florianópolis/SC, Garopaba/SC, Governador Celso Ramos/SC, Gravatal/SC, Ibirama/SC, Ilhota/SC, Imaruí/SC, Imbituba/SC, Itá/SC, Itajaí/SC, Itapema/SC, Itapoã/SC, Itaporanga/SC, Jaraguá do Sul/SC, Joinville/SC, Lages/SC, Laguna/SC, Navegantes/SC, Orleans/SC, Palhoça/SC, Paulo Lopes/SC, Santo Amaro da Imperatriz/SC, São José/SC, São Pedro de Alcântara/SC, Tijucas/SC, Tubarão/SC, Osasco/SP, São Paulo/SP.

IV- Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Capítulo II DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O presente Regulamento tem por objeto disciplinar a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação odontológica.

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

Capítulo III DAS DEFINIÇÕES

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

- I - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.
- II - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

- III - **CARÊNCIA**: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
- IV - **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.^a revisão.
- V - **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU**: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

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

Capítulo IV DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

- I - Na Qualidade de **Beneficiário Titular / Responsável**:
 - a) As pessoas naturais que comprovarem vínculo empregatício, ativo ou inativo, com as **PATROCINADORAS**, desde que participantes de seus Planos de Benefícios;
 - b) Os diretores das **PATROCINADORAS**;

- II - Na Qualidade de **Beneficiário Dependente**:
 - a) Cônjuge;
 - b) Companheiro ou companheira de união estável, com filhos em comum ou declaração de união estável, registrada em cartório;
 - c) Filho(a), natural ou adotivo, e enteado(a);
 - d) Neto(a);
 - e) Genro / Nora;
 - f) Sobrinho(a);
 - g) O menor **sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, enquanto durar o período de guarda**;
 - h) Irmão(a);
 - i) Cunhado(a), desde que o cônjuge do Titular esteja regularmente inscrito no **PLANO**;
 - j) Pai e/ou mãe (naturais ou adotivos, sem concorrência entre si);
 - k) Sogro e/ou sogra (observadas os mesmos critérios de inclusão dos pais).

- III - Os Pensionistas do Plano de Benefícios Previdenciários das **PATROCINADORAS**.

Art. 7º. Para a inscrição do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será necessário o preenchimento do Pedido de Filiação, no qual será manifestada sua concordância integral com os termos deste Regulamento.

§1º. Todos os Beneficiários deverão apresentar, no ato do pedido de inscrição, o número do Cartão Nacional de Saúde – CNS e as informações necessárias para seu cadastro pela **ELOSAÚDE**, conforme preveem os normativos da ANS.

§2º. Além do formulário “Pedido de Filiação” será necessária a apresentação de cópias dos documentos pessoais de todos os Beneficiários inscritos sob pena de, em não havendo tais cópias, o pedido de inclusão ser rejeitado.

§3º. Será exigido do Beneficiário maior de 18 (dezoito) anos cópias da Carteira de Identidade RG e do CPF.

§4º. Para os menores de idade, cópia de certidão de nascimento e número do CPF;

§5º. Para os estrangeiros residentes no país, cópia da Identidade de Estrangeiro.

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

Art. 9º. No caso de falecimento do Beneficiário Titular/Responsável, o pensionista vinculado ao Plano de Benefícios das PATROCINADORAS passará, automaticamente, para condição de Beneficiário Titular/Responsável. Em caso de falecimento também do Pensionista ou de não haver pensionista inscrito no plano, os dependentes inscritos no plano elegerão entre si e nomearão um novo titular. O exercício da titularidade implica que o Pensionista ou novo titular eleito assumirá todas as responsabilidades, inclusive financeiras – mensalidades, coparticipações e/ou outras dívidas oriundas do plano – por si e demais dependentes inscritos no PLANO.

Art. 10. Caberá às PATROCINADORAS ou ao próprio titular encaminhar à **ELOSAÚDE** as solicitações de inscrição dos Beneficiários, por meio de envio dos Pedidos de Filiação, bem como pedidos de exclusão, devidamente preenchidos e acompanhados de cópias dos documentos necessários (quando for o caso), até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês ou último dia útil anterior, para processamento em tempo hábil.

§1º. Caberá, ainda, às PATROCINADORAS, a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos Titulares e Pensionistas com elas próprias e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes com o Titular quando solicitados pela **ELOSAÚDE**.

§2º. A ELOSAÚDE tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 11. É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

Parágrafo único. A inclusão dos Beneficiários previstos neste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Capítulo V DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, 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 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 inicial;
 - b) Condicionamento em odontologia;
 - c) Teste de fluxo salivar;
 - d) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
 - e) Teste de PH salivar (acidez salivar).

- II-** Procedimentos de **RADIOLOGIA**:
 - a) Radiografia periapical;
 - b) Radiografia interproximal - bite-wing;
 - c) Radiografia oclusal;
 - d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

- 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) Profilaxia – polimento coronário;
- e) Aplicação de selante;
- f) Dessensibilização dentária;
- g) Remineralização dentária.

IV- Procedimentos de DENTÍSTICA:

- a) Aplicação de carioestático;
- 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- Procedimentos 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 de 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- Procedimentos 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, rândula 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/Frenectomia labial;
- m) Frenotomia/Frenectomia lingual;
- n) Remoção de dentes retidos (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/cartilagosos na mandíbula/maxila;
- 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 com agulha fina / 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.

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.

Art. 13. A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista assistente quando, por imperativo clínico, for necessária utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

Capítulo VI DAS EXCLUSÕES

Art. 14. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na data do evento, para a segmentação odontológica, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I- Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da ELOSAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II- Atendimentos prestados antes do início da vigência ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
- III- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente;
- IV- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações;
- V- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área de abrangência do PLANO;
- VI- Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- VII- Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- VIII- Transplantes ósseos;
- IX- Enxertos ósseos e biomateriais;
- X- Cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XI- Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XII- Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- XIII- Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

- XIV- Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;
- XV- As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- XVI- Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar;
- XVII- 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, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;
- XVIII- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIX- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XX- Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento;
- XXI- Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXII- Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;
- XXIII- Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- XXIV- Cirurgias a laser;
- XXV- Clareamento dentário;
- XXVI- Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Capítulo VII DA DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 15. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Parágrafo único. A data de início de vigência da adesão do Beneficiário ao **PLANO**, para **Beneficiários que apresentarem pedidos de inscrição até o dia 25 (ou último dia útil anterior) de cada mês**, ocorrerá sempre no dia primeiro do mês subsequente.

Capítulo VIII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 16. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. Os atendimentos ao Beneficiário previstos neste instrumento serão prestados após cumprimento das carências a seguir especificadas, não cabendo, antes disto, nem mesmo reembolso de valores pagos, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- I - 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;
- II - 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos previstos neste Regulamento ou de procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação odontológica pela ANS.

§1º. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO.

§2º. Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos Beneficiários ao PLANO, à exceção das hipóteses de isenção de carência previstas neste instrumento.

Art. 17. É isento do cumprimento dos períodos de carência:

I - O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou de sua vinculação às **PATROCINADORAS**.

II - O Beneficiário Dependente cuja inscrição no **PLANO** ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data **em que se tornar elegível para o PLANO**.

III - Aposentados e demitidos que optarem pela manutenção no plano, nos termos definidos neste instrumento, em até 30 (trinta) dias de seu desligamento das **PATROCINADORAS**, **exceto nos casos em que haja perda do vínculo legal com a patrocinadora**.

IV - Pessoas vindas de planos de saúde de outras Operadoras, devidamente registradas e reconhecidas pela ANS, que comprovarem vinculação ininterrupta nos últimos 12 (doze) meses e que estiverem em dia com os valores devidos ao plano de saúde, desde que o pedido de filiação à **ELOSAÚDE** não ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias, contados de seu desligamento no plano anterior.

VI – Filhos Adotados menores de 12 (doze) anos, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a formalização da guarda provisória ou termo de adoção.

Parágrafo único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, do genro e da nora, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro(a), dentre outras.

Capítulo IX DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 18. Consideram-se procedimentos de urgência e emergência odontológicos garantidos pelo presente Regulamento:

- I- Tratamento de odontalgia aguda;
- II- Imobilização dentária temporária;
- III- Recimentação de peça/trabalho protético;
- IV- Tratamento de alveolite;
- V- Colagem de fragmentos dentários;
- VI- Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- VII- Reimplante de dente avulsionado com contenção;
- VIII- Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.

Seção II Do Reembolso

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

- I- atendimentos de urgência e de emergência quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano;
- II- atendimentos eletivos prestados dentro da área geográfica de abrangência do **PLANO**, quando o Beneficiário for atendido fora da rede credenciada da **ELOSAÚDE**.

§1º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da ELOSAÚDE (que não será inferior ao valor praticado pela ELOSAÚDE junto à rede de prestadores deste PLANO), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- I - Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela ELOSAÚDE (Recibos e/ou Notas Fiscais);**
- II - Relatório do cirurgião-dentista, declarando o nome do paciente, número de sua matrícula no plano, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;**
- III - Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela ELOSAÚDE.**

§2º. A Tabela de Referência da ELOSAÚDE está registrada no “Cartório de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas” da Comarca de Florianópolis-SC, estando também disponível na sede da ELOSAÚDE e no site www.elosaude.com.br. Sempre que houver alteração em referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§3º. Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência do PLANO poderão ser obtidos na sede da ELOSAÚDE ou pelo telefone (48) 3298-5555.

§4º. Para fins de reembolso, o Titular/Responsável deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§5º. Os Beneficiários que utilizarem o sistema de reembolso terão o crédito em conta corrente do Beneficiário Titular/Responsável, das despesas apresentadas, limitados aos tetos previstos nas tabelas adotadas pela ELOSAÚDE.

§6º. Os Beneficiários que estejam inadimplentes com o PLANO terão seus benefícios suspensos, não tendo retroatividade dos mesmos após a quitação, nem fazendo jus ao reembolso de despesas havidas durante o período em que esteve suspenso.

§7º. Os recibos devem conter o nome do profissional ou da instituição que realizou o atendimento, registro no respectivo conselho e CPF ou CNPJ, bem como o nome completo do Beneficiário atendido, data da realização e descrição do procedimento realizado.

§8º. As Notas Fiscais devem conter o nome completo do Beneficiário atendido, data da realização e descrição do procedimento realizado.

§9º. Não poderão ser apresentados como comprovantes de despesas documentos firmados por parentes consanguíneos e afins até o terceiro grau.

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

§11. Não serão reembolsáveis despesas oriundas de atendimentos prestados por prestadores credenciados à **ELOSAÚDE**.

§12. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

Capítulo X DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Carteira de Identificação

Art. 20. Na inscrição de qualquer Beneficiário no **PLANO**, será entregue uma Carteira de Identificação do Beneficiário, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.

§1º. Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira assistencial, o Beneficiário deverá comunicar imediatamente o fato à **ELOSAÚDE**, para bloqueio de sua utilização, sob pena de o Titular/Responsável responder pelas despesas indevidamente realizadas.

§2º. No caso de emissão de segunda via da Carteira de Identificação de Beneficiário, decorrente de perda ou dano será cobrada uma taxa de serviço.

§3º. O Beneficiário que admitir a utilização de sua Carteira de Identificação de Beneficiário por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento para os casos de fraude ao **PLANO**.

§4º. Ocorrendo a exclusão de Beneficiário, por qualquer motivo, Titular/Responsável a que esteja vinculado obriga-se a devolver, imediatamente, as Carteiras de Identificação dos Beneficiários fornecidas pela **ELOSAÚDE**, sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do **PLANO**, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.

Seção II

Da Prestação dos Serviços

Art. 21. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede de serviço do **PLANO** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

§1º. Ao utilizar a rede credenciada do **PLANO** o Beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à **ELOSAÚDE** efetuar o pagamento diretamente ao credenciado em nome e por conta do Beneficiário.

§2º. Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o Beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade junto com a Carteira de Identificação de Beneficiário do plano de saúde.

Art. 22. O atendimento, por meio do sistema de Livre Escolha dos Serviços Credenciados, será prestado aos Beneficiários do **PLANO** através da utilização da rede de profissionais e instituições credenciadas, estabelecidos os preços, de comum acordo, nos termos de Prestação de Serviços.

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

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

§3º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, e poderá ser consultada no portal da **ELOSAÚDE** na *Internet*.

Seção III

Das Autorizações Prévias

Art. 23. Os serviços previstos neste Regulamento, quando realizados dentro da rede credenciada do **PLANO**, serão prestados aos Beneficiários mediante emissão de autorização prévia pela **ELOSAÚDE**.

§1º. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia desobriga o PLANO de seu pagamento, ressalvados os casos em que haja comprovada emergência ou nos casos de urgência.

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

§3º. De posse da autorização de procedimentos emitida pelo **PLANO**, acompanhada de uma via do laudo odontológico, o Beneficiário deverá procurar o consultório ou clínica credenciada para a realização do procedimento.

§4º. As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

§5º. Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.

§6º. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

§7º. Em caso de divergência odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por cirurgião-dentista da **ELOSAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **ELOSAÚDE**. Caso o profissional eleito pelo Beneficiário não seja credenciado da **ELOSAÚDE**, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do Beneficiário.

Art. 24. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos odontológicos podem ser solicitados pelo cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **ELOSAÚDE**.

Parágrafo único. A **ELOSAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias odontológicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

Art. 25. A **ELOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

Seção IV Da Coparticipação

Art. 26. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular/Responsável à **ELOSAÚDE**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelos Beneficiários inscritos no plano, será cobrada coparticipação de 20% (vinte por cento) sobre o valor de todos os procedimentos odontológicos utilizados.

§2º. A coparticipação prevista neste artigo poderá sofrer reajuste anual, no mesmo período do reajuste da contribuição mensal, respeitados os normativos legais incidentes sobre o tema.

§3º. Serão de responsabilidade do Beneficiário Titular/Responsável os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independentemente da época da cobrança, ou seja, o Beneficiário Titular/Responsável obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

Capítulo XI DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 27. O **PLANO** será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 28. O plano de custeio do **PLANO**, obedecidas às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

- I - Contribuições mensais de seus Beneficiários;
- II - Valores de patrocínio;
- III - Coparticipações dos Beneficiários;
- IV - Repasses para Formação de Fundo de Reserva;
- V - Resultado das aplicações Financeiras;
- VI - Doações.

§1º. O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas à contribuição mensal do Beneficiário Titular/Responsável devida por si e por seus Dependentes, estabelecida em valor único *per capita*, valores de patrocínio, coparticipações e eventuais novas fontes de receita e deverá ser publicado por ato do Conselho Deliberativo da **ELOSAÚDE**, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

§2º. Em atenção ao disposto na regulamentação em vigor a respeito do direito de manutenção do ex-empregado demitido e aposentado, o plano de custeio deve também especificar o critério para a determinação do custo do Beneficiário, estando, em versão atualizada, permanentemente à disposição para consulta pelos Beneficiários junto à **ELOSAÚDE**.

§3º. O plano de custeio deverá ser aprovado conforme disposições estatutárias vigentes e que regulem as atribuições das instâncias decisórias da **ELOSAÚDE** e não poderá prever estipulações que afrontem as normas legais aplicáveis, bem como eventuais contratos e/ou convênios firmados entre as **PATROCINADORAS** e a **ELOSAÚDE**.

§4º. Após a aprovação do Plano de Custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

Art. 29. As contribuições mensais e eventuais coparticipações, relativas aos Beneficiários Titulares/Responsáveis, por si e seus Dependentes, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento, ficando as **PATROCINADORAS** responsáveis pelo processamento dos referidos descontos, bem como pela transferência dos valores à **ELOSAÚDE**, até 05 (cinco) dias úteis após a data de pagamento dos Beneficiários Titulares/Responsáveis.

Parágrafo único. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento salarial ou em folha de pagamento de benefícios as contribuições mensais e coparticipações em despesas assistenciais, a cobrança será efetuada através de boleto bancário, que deverá ser pago até sua respectiva data de vencimento;

Art. 30. Em caso de atraso no pagamento, os Titulares/Responsáveis se sujeitarão à multa de 2% (dois por cento), acrescidos de juros de mora à razão de 1% (ao mês), apurado por dia de atraso (pró-rata).

Art. 31. Os recursos destinados ao custeio do **PLANO** serão contabilizados em conta específica e administrados pela **ELOSAÚDE**.

Capítulo XII DO REAJUSTE

Art. 32. O plano de custeio do **PLANO** será objeto de avaliação atuarial anual visando ao seu equilíbrio financeiro, levando-se em conta a variação dos custos odontológicos, a sinistralidade ocorrida, a inflação do período e o perfil da carteira de Beneficiários, obedecendo aos normativos da ANS.

§1º - Os valores de contribuição mensal e coparticipações serão reajustados, anualmente, após aprovação pelo Conselho Deliberativo da ELOSAÚDE.

§2º - A data base para a aplicação do reajuste anual não é definida em função da época de adesão de cada Beneficiário.

§3º - Os reajustes serão comunicados a ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

Art. 33. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Capítulo XIII DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I Do Demitido

Art. 34. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo mantido junto às **PATROCINADORAS**, no caso de exoneração, redistribuição ou demissão, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com as **PATROCINADORAS**, desde que assuma o pagamento integral dos valores devidos ao **PLANO**, acrescido de eventual valor de responsabilidade das **PATROCINADORAS**, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98.

§1º. O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA** sobre a opção de manutenção da condição de Beneficiário de que gozava quando da vigência do vínculo, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

§2º. O período de manutenção da condição de Beneficiário Titular será de um terço do tempo de permanência no **PLANO**, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§3º. O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir quando da admissão do **Beneficiário Titular** em novo cargo público ou em novo emprego, incluindo as hipóteses de redistribuição ou deslocamento para outro órgão ou entidade com perda do vínculo originário. A comunicação do fato, à **ELOSAÚDE**, será de responsabilidade do **Beneficiário**.

Seção II Do Aposentado

Art. 35. Ao aposentado que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário mantido junto às **PATROCINADORAS**, é assegurado o direito de manutenção como **Beneficiário**, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por prazo indeterminado, desde que assuma o seu pagamento integral, quando não houver repasse pela **PATROCINADORA**.

§1º. O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA** sobre a opção de manutenção da condição de **Beneficiário** de que gozava quando da vigência do vínculo, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

§2º. Na hipótese de o empregado que se aposentar continuar trabalhando na **PATROCINADORA**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como **Beneficiário** na condição de aposentado.

§3º. Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **PATROCINADORA**, antes do exercício do direito previsto neste Capítulo, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

§4º. O direito de manutenção no **PLANO** continuará existindo ainda que o **Beneficiário Titular** seja admitido em novo emprego.

Seção III Das Disposições Comuns

Art. 36. O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de **Beneficiários** ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto neste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

§1º. O direito garantido neste Capítulo será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PLANO**.

§2º. A manutenção da condição de Beneficiário prevista neste Capítulo, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito na vigência do vínculo com as **PATROCINADORAS**, a critério do próprio titular.

§3º. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§4º. Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

§5º. As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§6º. Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto neste Capítulo:

- a) **O decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo;**
- b) **O cancelamento pela PATROCINADORA do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.**

Art. 37. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.

Parágrafo único. Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

Art. 38. O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata esse Capítulo, após a perda do vínculo empregatício ou estatutário.

Art. 39. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **PATROCINADORA**, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência odontológica.

Art. 40. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

Capítulo XIV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 41. Caberá à **PATROCINADORA** solicitar a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I - Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;**
- II - 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.**

Art. 42. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO, caberá às **PATROCINADORAS**, obrigatória e expressamente, informar à **ELOSAÚDE**:

- I - Se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;**
- II - Se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;**
- III - Se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO;**
- IV - Por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO; e**
- V - Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.**

Parágrafo único. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares do PLANO, mediante

comprovação inequívoca de que o **Beneficiário Titular** foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 43. A **ELOSAÚDE** poderá excluir os **Beneficiários**, sem a anuência da **PATROCINADORA**, nas seguintes hipóteses:

- I - Em caso de fraude ao Plano ou dolo;
- II - Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III - Perda da qualidade de Dependente, no caso do **Beneficiário** deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- IV - Interrupção do pagamento dos valores devidos ao **PLANO**, 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, observando prazo de notificação prévia de 10 (dez) dias.

Art. 44. Nos casos de exclusão por fraude derivada de utilização indevida do cartão do plano, caberá à **ELOSAÚDE** o direito de optar pela exclusão do **Beneficiário** identificado no cartão utilizado ou de todo o grupo familiar, caso o cartão utilizado de forma fraudulenta pertença ao titular. Ademais, nesses casos, todas as despesas decorrentes dos serviços utilizados, bem como encargos e taxas se e quando houver, serão integralmente cobradas do **Beneficiário Titular/Responsável**.

§1º. Em havendo a exclusão do **Beneficiário** por fraude, esta ocorrerá por tempo indeterminado, resguardando-se à **ELOSAÚDE** o direito de não mais o aceitar como **Beneficiário**, independentemente do tempo transcorrido.

§2º. Independentemente do direito de excluir o **Beneficiário** após 60 (sessenta) dias de inadimplência, a **ELOSAÚDE** poderá ainda, sem anuência da **PATROCINADORA** e independente de qualquer notificação, suspender os atendimentos **após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento**.

Art. 45. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo **Beneficiário Titular/Responsável** ao **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 46. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o Titular poderá optar por

permanecer no **PLANO**, desde que esteja em dia com suas obrigações e assuma, integralmente, durante o período de licença, o respectivo custeio das despesas, observada a legislação aplicável. A opção pela permanência do licenciado deverá ser formalizada no prazo de 30 (trinta) dias contados de seu afastamento.

Art. 47. A exclusão do Beneficiário Titular/Responsável implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto no caso do Titular falecer deixando Pensionista pelo Plano de Benefícios das **PATROCINADORAS**.

Art. 48. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com a ELOSAÚDE, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

Art. 49. A reinclusão no PLANO será considerada nova adesão, para todos os fins e efeitos, respeitadas as disposições deste Regulamento e da regulamentação em vigor, inclusive no que se refere ao cumprimento ou isenção de cumprimento dos prazos de carência.

Art. 50. O Beneficiário excluído do **PLANO** deverá, obrigatoriamente, devolver sua “Carteira de Identificação de Beneficiário” da **ELOSAÚDE**, e será imediatamente suspensa a utilização dos serviços prestados pelo Plano, enquadrando-se seu uso após o desligamento, como fraude ao plano, sujeito às penalidades cabíveis.

CAPÍTULO XV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 51. O Conselho Deliberativo será o responsável pelas aplicações das receitas da **ELOSAÚDE** no mercado financeiro, pelo registro e contabilização, em separado, de acordo com a legislação pertinente aplicável, das atividades da **ELOSAÚDE**, devendo extrair relatórios periódicos da situação econômico-financeira.

Art. 52. Compete ao Conselho Deliberativo da **ELOSAÚDE** aprovar alterações neste Regulamento, deliberar sobre alterações de contribuição mensal, estabelecer normas administrativas e deliberar sobre casos omissos neste Regulamento.

Art. 53. As orientações contidas no **MANUAL DO BENEFICIÁRIO** integram este Regulamento, subordinando-se a este, na hipótese de haver dúvidas de interpretação.

Art. 54. 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 sujeita a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 55. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 56. Nenhuma responsabilidade caberá à **ELOSAÚDE** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do Titular/Responsável ou de seus Dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços odontológicos de livre escolha do Beneficiário.

Art. 57. A **ELOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 58. É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pelas **PATROCINADORAS**, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 148/07.

Art. 59. O encerramento da operação do **PLANO B** pela **ELOSAÚDE** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 60. Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular/Responsável para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Catologação:

Regulamento do Plano “B” – Versão de registro do produto – aprovada pela Diretoria da ELOSAÚDE.