REGULAMENTO – PLANO E 2020

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 Pres. Nereu Ramos, 146 – 1º andar – Centro – Florianópolis – SC CEP: 88015-010, é a instituição que administrará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO E-2020**.

Art. 2º. São **INSTITUIDORAS** do PLANO de que trata este Regulamento as Patrocinadoras da ELOSAÚDE, que firmaram Convênio de Adesão, nos termos da regulamentação da ANS.

Parágrafo único. Para todos os fins previstos neste Regulamento, considera-se INSTITUIDORA a pessoa jurídica que possibilita a oferta de plano de saúde para determinada categoria de pessoas naturais, sem que haja sua participação ou responsabilidade financeira.

Art. 3º. O PLANO tratado neste instrumento é denominado **PLANO E-2020** e está registrado na ANS sob o **nº 486.654/20-1** possuindo como Características Gerais:

I- Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
II- Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
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, Várzea Grande-MT, Campo Mourão-PR, Colombo-PR, Curitiba-PR, Cruzeiro do Iguaçu-PR, Guarapuava-PR, Londrina-PR, Mandirituba-PR, Manoel Ribas-PR, Pinhão-PR, Pontal do Paraná-PR, Quedas do Iguacu-PR, São Jorge D'Oeste-PR, Saudade do Iguaçu-PR, Umuarama-PR, Niterói-RJ, Resende-RJ, Rio de Janeiro-RJ, Volta Redonda-RJ, Alegrete-RS, Alvorada-RS, Arroio dos Ratos-RS, Bagé-RS, Canoas-RS, Candiota- RS, Caxias do Sul-RS, Charqueadas-RS, Entre Rios do Sul-RS, Erechim-RS, Estrela-RS, Gravataí-RS, Guaíba-RS, Nova Santa Rita-RS, Novo Hamburgo-RS, Osório-RS, Passo Fundo-RS, Pelotas-RS, Porto Alegre-RS, Roque Gonzales-RS, Santa Vitoria do Palmar-RS, Sant'Ana 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, Itapiranga-SC, Itajaí-SC, Itá-SC, Jaraguá do Sul-SC, Joinville-SC, Lages-SC, Laguna-SC, Navegantes-SC, Orleans-SC, Paulo Lopes-SC, Palhoça-SC, Piratuba-SC, Rio Fortuna-SC, Santo Amaro da Imperatriz-SC, São Francisco do Sul-SC, São José-SC, São Pedro de Alcântara-SC, Siderópolis-SC, Tijucas-SC, Tubarão-SC, Urubici-SC, Xanxerê-SC, Jaboatão dos Guararapes-PE, Paulista-PE, Petrolina-PE, Recife-PE, Olinda-PE, Parnaíba-PI, Teresina-PI, Osasco-SP, Pirassununga-SP, São Paulo-SP, Aguiarnopolis-TO e Palmas-TO.

VI- Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
VII- Formação do Preço: Pré-estabelecido;
VIII- Condição de vínculo: Ativo e Inativo;
IX- Acesso à livre escolha: Sim.

Parágrafo único. Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo V - **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, o PLANO assegura cobertura adicional, nos termos estabelecidos na Seção III deste Capítulo.

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 Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

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 - ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
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 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.
IV - CARÊNCIA: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
V - CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.ª revisão.
VI - COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
VII - 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.
VIII - HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

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**:

a) As pessoas naturais que comprovarem vínculo empregatício, ativo ou inativo, com as INSTITUIDORAS;
b) Os diretores das INSTITUIDORAS;
c) Os Pensionistas pelo Plano de Benefícios das INSTITUIDORAS.

II - Na Qualidade de **Beneficiário Dependente**:

a) Cônjuge;
b) Companheiro(a) com quem conviva em união estável, mediante apresentação de documento formal de União Estável, produzido e registrado em cartório;
c) Filho(a), natural ou adotivo, bem como enteado(a);

d) Neto(a), bisneto(a), Trineto(a) e seus respectivos cônjuges;
e) Genro e Nora;
f) Irmão(ã) e cunhado(a);
g) Sobrinho(a), sobrinho(a) neto(a) e seus respectivos cônjuges;
h) Tio(a), primo(a) e seus respectivos cônjuges;
i) O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, enquanto durar o período de guarda;
j) O curatelado, enquanto durar o período de curatela;
k) Pai, mãe, padrasto e madrasta (naturais ou adotivos, sem concorrência entre si);
l) Sogro, sogra, padrasto e madrasta do cônjuge (observadas os mesmos critérios de inclusão dos pais);
m) Tio(a), sobrinho(a), primo(a), sobrinho(a) neto(a) do cônjuge, não sendo admitidos os cônjuges desses parentes por afinidade.

Art. 7º. Para a inscrição do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será necessário o preenchimento do Pedido de Adesão ao Plano, no qual será manifestada sua concordância integral com os termos deste Regulamento e, ainda, plena ciência e concordância de que, em conformidade com o Estatuto Social da ELOSAÚDE (ao qual está prioritariamente sujeito), o Conselho Deliberativo da Entidade tem plenos poderes e autonomia para alterar o presente Regulamento a qualquer tempo, estando exclusivamente subordinado às exigências emanadas pela ANS e à legislação vigente, no que for aplicável.

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

§2º. Além do formulário Pedido de Adesão, 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 adesão 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 CPF.

§5º. Para os estrangeiros residentes no país, cópia do CPF, número do CNS (Cartão Nacional de Saúde) e cópia da Identidade de Estrangeiro.

§6º. A critério do Beneficiário Titular, o Pedido de Filiação poderá indicar um Beneficiário Dependente como responsável financeiro, para que este assuma as obrigações financeiras previstas no presente Regulamento, por si e pelos Beneficiários Dependentes relacionados em seu documento de adesão ao PLANO, mediante sua anuência expressa.

I. A condição de responsável financeiro determina a assunção integral – por parte do dependente nomeado – das obrigações financeiras

decorrentes da manutenção do plano exclusivamente após o início da vigência dessa condição e, nesse sentido, débitos contraídos anteriormente, permanecerão vinculados ao plano e ao titular de origem.

§7º. É responsabilidade do beneficiário titular ou responsável financeiro (quando for o caso) a manutenção de seus dados pessoais e cadastrais – principalmente, mas não exclusivamente – os dados de contato e conta bancária, devidamente atualizados junto à ELOSAÚDE, sob pena de, em não o fazendo, assumir o ônus decorrente de tentativas infrutíferas de contato, repasse de informações e/ou pagamentos de reembolsos a que venha a fazer jus.

§8º. Os dados pessoais e os dados sensíveis (a exemplo dos dados de saúde) coletados nos termos deste artigo serão tratados pela ELOSAÚDE em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), observadas as bases legais aplicáveis ao tratamento de dados de saúde por operadoras de planos privados de assistência à saúde (art. 11 da LGPD).

I – Os dados assistenciais de saúde poderão ser tratados pela ELOSAÚDE e/ou compartilhados com profissionais de saúde com a finalidade expressa de viabilizar análises e intervenções relacionadas aos programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e agravamento de doenças.

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

Art. 9º. No caso de falecimento do Beneficiário Titular, a pessoa vinculada ao Plano de Benefícios das INSTITUIDORAS na qualidade de **pensionista** passará para a condição de responsável financeiro, assumindo todas as obrigações decorrentes do PLANO, mediante anuência expressa.

§1º - Na hipótese de não haver pensionista vinculado ao Plano de Benefícios das INSTITUIDORAS, os **Beneficiários Dependentes**, regularmente inscritos no PLANO na data do óbito do Titular, poderão se manter no PLANO, desde que indiquem – entre eles – um Beneficiário Dependente como responsável financeiro, para que este assuma as obrigações financeiras previstas no presente Regulamento, por si e pelos Beneficiários Dependentes relacionados no documento de adesão ao PLANO, mediante anuência expressa.

§2º - Caberá ao titular (em caso de falecimento de dependente) ou ao seu sucessor legal (em caso de falecimento do próprio titular), a responsabilidade de noticiar o ocorrido à ELOSAÚDE, apresentando a competente certidão de óbito em até 30 (trinta) dias após o falecimento, sob pena de, em não o fazendo, serem mantidas as cobranças até a data da comunicação efetiva.

§3º - O direito de permanência de que trata os parágrafos primeiro e segundo restringe-se ao grupo inscrito no plano quando do falecimento do titular e, nesse

sentido, o dependente que vier a assumir a responsabilidade financeira pelo PLANO **não poderá alterar o plano contratado, não poderá incluir novos beneficiários no plano (exceto nos casos legalmente previstos)** e, caso venha a solicitar sua exclusão ou ser excluído do plano, **não poderá retornar à condição de beneficiário,** em razão da dissolução do vínculo original.

Art. 10. Caberá ao titular interessado encaminhar à ELOSAÚDE as solicitações de inscrição dos Beneficiários, por meio de envio dos Pedidos de Adesão ao Plano, devidamente preenchidos, até o dia 20 (vinte) de cada mês ou último dia útil anterior, para processamento em tempo hábil.

§1º. Caberá, ainda, ao Beneficiário Titular, a apresentação de documentos que comprovem seu vínculo com as INSTITUIDORAS e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes em relação a ele, Titular, quando do pedido de adesão ao plano.

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

Art. 11. É assegurada a inclusão:

a) Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção;

b) Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

§1º. A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos "a" e "b" fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

Capítulo V – Das Coberturas e Procedimentos Garantidos

Art. 12. A ELOSAÚDE cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Instrumento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência

e atuação estabelecida neste Regulamento e na rede prestadora de serviços por ela contratada, credenciada ou referenciada, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao PLANO e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I – Da Cobertura Ambulatorial

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;

a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso.

III - Consultas ou sessões com terapeuta ocupacional, consulta ou sessões de fisioterapia realizadas por fisioterapeutas ou fisiatras, desde que solicitadas pelo médico assistente;

IV - Consultas ou sessões com nutricionista e psicólogo, além de psicoterapia (com profissional devidamente habilitado);

V - Consultas ou sessões fonoaudiólogo, desde que solicitadas pelo médico assistente;

VI - Consultas com enfermeiro obstétrico ou obstetriz 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), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;

VII - Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

VIII - Medicamentos imunobiológicos (com indicações para tratamento de doenças inflamatórias, crônicas e autoimunes), assim como medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e 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 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;

X - Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

XI - 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, 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 do estabelecimento de saúde;

XI.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

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

XIII - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em 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;

XIV - Hemoterapia ambulatorial;

XV - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a – 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro

negativo, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

XVI - Teleconsulta, teles-sessões de psicologia e atendimento com nutricionistas, e demais modalidades de telessaúde disponibilizados pela ELOSAÚDE e/ou previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, realizadas nos termos da Resolução CFM nº 2.314/2022 e da Lei nº 14.510/2022, observadas as regras aplicáveis ao atendimento presencial equivalente, quando for o caso.

Seção II – Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 14. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I - Internações hospitalares, em todas as suas modalidades – na acomodação prevista na Alínea VI do Art. 3º do presente regulamento – regularmente contratada pela ELOSAÚDE junto ao prestador de serviços, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;

II - Despesas referentes a honorários médicos, considerados e incluídos os serviços gerais de enfermagem – exceto em caráter particular – e alimentação;

III - Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico 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, salvo contraindicação justificada do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial, observando-se, para a composição da junta médica ou odontológica de divergência, o detalhamento procedimental do §7º do Art. 39 deste Regulamento;

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

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

IX.1) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão da 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:

IX.1.1) 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;

IX.1.2) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

X - Procedimentos 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 imunobiológicos para tratamento de doenças inflamatórias, crônicas e autoimunes, medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral e 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) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

e) Hemoterapia;

f) Nutrição parenteral ou enteral;

g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

i) Radiologia intervencionista;

j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

XI - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XII - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XII.1 Serão cobertas as despesas com cirurgia plástica de caráter reparador, por acidente, deformidade anatômica congênita que cause distúrbios funcionais no organismo e nos casos de reconstituição decorrentes de cirurgias radicais, desde que aprovada previamente pela ELOSAÚDE;

XIII - Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a eles vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

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

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;

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

i. 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;

ii. 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;

iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XIV - Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, devidamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e excetuando-se serviços de disponibilidade, exclusividade profissional, sobreaviso, plantões ou outros, contratados em caráter particular, sem solicitação prévia ao PLANO;

XV - Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange até 10 dias após o parto,

salvo intercorrências, a critério médico, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.

XVI - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário, pai ou mãe do recém-nascido.

Art. 15. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I - O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico 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 autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio.

III - Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

III.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

IV - Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano, considerados a partir da data de adesão do Beneficiário, não cumulativos.

Art. 16. O presente Regulamento garante, ainda:

I - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas na regulamentação da ANS vigente na data do evento.

II - Eventos e procedimentos relacionados no 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, caso haja indicação do profissional assistente, observada a regulamentação da ANS;

IV - Taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e/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.

VI - Remoção, 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, conforme indicação do profissional assistente.

Seção III – Da Cobertura Adicional

Art. 17. Os atendimentos de urgência ou de emergência ocorridos fora da área de abrangência geográfica do PLANO serão garantidos, em todo o território nacional, pela prática do sistema de reembolso, de acordo com os limites e regras previstos em Capítulo específico deste Regulamento.

Capítulo VI – Das Exclusões

Art. 18. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Instrumento e os provenientes de:

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 da adesão do beneficiário ao plano ou do cumprimento das carências, 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 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 ou, ainda, aquele que faz uso de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA ou outro órgão competente (uso off-label).

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

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

VI - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

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

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

IX - Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

X - Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;

XI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos imunobiológicos e antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes, desde que estejam listados e de acordo com

as Diretrizes de Utilização expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XII - 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 ou, ainda, aqueles cujas coberturas não sejam reguladas e previstas em conformidade com as regras e exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

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

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

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

XVI - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

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

XVIII - Qualquer tipo de atendimento e/ou assistência domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XIX - Remoção domiciliar;

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

XXI - Aparelhos ortopédicos;

XXII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência (exclusivamente em território nacional), que poderão ser efetuados por profissionais não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pela ELOSAÚDE;

XXIV - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

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

XXVI - Avaliação pedagógica;

XXVII - Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXVIII - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXIX – Cirurgia de afirmação de gênero e procedimentos correlatos (hormonioterapia, cirurgias de redesignação sexual e complementares), quando não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e/ou quando não preenchidas as respectivas Diretrizes de Utilização (DUT);

XXX - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais.

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

XXXII - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Capítulo VII – Da Duração do Contrato

Art. 19. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

§1º. A data de início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO, para Beneficiários que apresentarem pedidos de inscrição até o dia 20 (vinte) – ou último dia útil anterior de cada mês – ocorrerá sempre no dia primeiro do mês subsequente ou, ainda, em conformidade com o calendário de movimentação cadastral vigente à época da solicitação.

§2º. A ELOSAÚDE pode, a qualquer tempo, alterar os prazos de apresentação dos pedidos de inscrição, bem como a data de início da vigência do plano. Em havendo tal alteração, a informação sobre início de vigência estará explícita no formulário de pedido de inscrição, assinado pelo titular do plano.

Capítulo VIII – Dos Períodos de Carência

Art. 20. 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 - 30 (trinta) dias para consultas médicas;

III - 30 (trinta) dias para exames laboratoriais de análises clínicas e citopatologia;

IV - 180 dias para todos os demais exames laboratoriais (inclusive anátomo patologia e exames de genética);

V - 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais exames, terapias e procedimentos ambulatoriais;

VI - 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas;

VII - 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais casos não especificados acima;

VIII - 300 (trezentos) dias para parto a termo;

§1º. O prazo de carência será contado a partir do início da 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. 21. 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 INSTITUIDORAS.

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 INSTITUIDORAS.

Parágrafo único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro(a), a data do nascimento para a inscrição de filho ou neto recém-nascido, dentre outras.

Capítulo IX – Das Doenças e Lesões Preexistentes

Art. 22. 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.

Art. 23. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§2º. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela ELOSAÚDE, sem qualquer ônus.

§3º. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da ELOSAÚDE, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela ELOSAÚDE, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 24. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a ELOSAÚDE oferecerá a cobertura parcial temporária.

Parágrafo único. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

Art. 25. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo único. As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela ELOSAÚDE por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela ELOSAÚDE para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 26. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da ELOSAÚDE, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 27. Exercendo prerrogativa legal, a ELOSAÚDE não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 28. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a ELOSAÚDE deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.

§1º. Instaurado o processo administrativo na ANS, à ELOSAÚDE caberá o ônus da prova.

§2º. A ELOSAÚDE poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º. Após julgamento, e acolhida a alegação da ELOSAÚDE, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela ELOSAÚDE, bem como será excluído do PLANO.

§6º. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do PLANO até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 29. O presente capítulo não vigorará para:

I- o Beneficiário Titular e seus Dependentes cujas inscrições no PLANO ocorram no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do Titular à INSTITUIDORA;

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.

Parágrafo único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro(a), a data do nascimento para a inscrição de filho ou neto recém-nascido, dentre outras.

Capítulo X – Dos Atendimentos de Urgência e de Emergência

Seção I – Do Atendimento

Art. 30. Considera-se:

a) Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

b) 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.

Art. 31. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I - Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 horas da adesão do Beneficiário ao Plano;

II - Depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

III - Durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;

IV - Depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V - Durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Parágrafo único: Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II – Da Remoção

Art. 32. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando-se a regulamentação da ANS em vigor.

Parágrafo único. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do PLANO, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

Art. 33. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

§1º. Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos,

leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões preexistentes.

§2º. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I - Quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a ELOSAÚDE, desse ônus;

II - Caberá à ELOSAÚDE o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

III - Na remoção, a ELOSAÚDE deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

IV - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a ELOSAÚDE estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção III – Do Reembolso

Art. 34. A ELOSAÚDE assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, em função de:

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

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

§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 - Documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela ELOSAÚDE (Recibos e/ou Notas Fiscais);

a. Para atendimentos realizados em Pessoas Jurídicas, são aceitas exclusivamente notas/cupons fiscais;

b. Para atendimentos prestados por pessoas físicas (profissionais de saúde) será exigido o recibo emitido via Receita Saúde (ou outro aplicativo que venha a sucedê-lo), em conformidade a instrução normativa RFB nº 2.240, emitida pela Receita Federal do Brasil em 11.12.2024, ou outro normativo legal incidente sobre o tema.

II - Documento que comprove o desembolso feito pelo Beneficiário (comprovante do cartão de crédito, PIX, transferência bancária ou declaração de pagamento em dinheiro);

III - Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

IV - Relatório do médico assistente, 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, quando for o caso;

V - Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela ELOSAÚDE, se assim solicitado.

§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 (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), a referida tabela será atualizada.

§3º. 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.

§4º. Para fins de reembolso, o Titular deverá atender ao processo de solicitação definido pela ELOSAÚDE, incluindo as regras específicas previstas no Anexo deste Regulamento, e 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, 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 na forma deste Regulamento, 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 que realizou o atendimento, registro no respectivo conselho e CPF, bem como o nome completo do Beneficiário atendido, data da realização e descrição do procedimento realizado.

a. Para os atendimentos seriados deverão estar especificadas no documento todas as datas em que os respectivos atendimentos ocorreram;

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

a. Para os atendimentos seriados deverão estar especificadas no documento todas as datas em que os respectivos atendimentos ocorreram;

b. As notas fiscais de produtos (lentes intraoculares, medicamentos etc.) quando regularmente cobertos, devem especificar – no mínimo – o produto, a marca, a quantidade, o valor unitário e o valor total. A ausência dessas informações acarretará a perda de direito ao reembolso por insuficiência de informações.

§9º. 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.

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

§11. 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, se for o caso.

Capítulo XI – Dos Mecanismos de Regulação

Seção I – Da Carteira de Identificação

Art. 35. Na inscrição de qualquer Beneficiário no PLANO, será gerada uma Carteira Eletrônica de Beneficiário, sem custos, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.

§1º. Para a emissão da via física da Carteira de Beneficiário, poderá ser cobrada uma taxa, em conformidade com a tabela vigente à época da solicitação.

§2º. Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira assistencial (via física, emitida mediante solicitação), o Beneficiário deverá comunicar imediatamente o fato à ELOSAÚDE, para bloqueio de sua utilização, sob pena de o Titular responder pelas despesas indevidamente realizadas.

§3º. O Beneficiário que admitir a utilização de sua Carteira 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, o Titular a que esteja vinculado obriga-se a devolver e/ou apagar, imediatamente, as Carteiras de Beneficiários fornecidas pela ELOSAÚDE, sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do PLANO, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.

Seção II – Do Padrão de Acomodação em Internação

Art. 36. As internações hospitalares ocorrerão na acomodação estabelecida nas características gerais deste Regulamento.

Parágrafo único. Os Beneficiários que possuam interesse em acomodação de nível superior ao assegurado pelo PLANO deverão negociar e pagar diretamente ao hospital o valor excedente das despesas referentes à troca de acomodação, **restando claro que a ELOSAÚDE não interferirá na negociação efetuada entre as partes e, tampouco, reembolsará qualquer valor decorrente de pagamentos acordados e aceitos pelo Beneficiário.**

Seção III – Da Prestação dos Serviços

Art. 37. 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 Beneficiário do plano de saúde e assinar os comprovantes de realização, sempre que solicitado.

Art. 38. O atendimento, por meio dos Serviços Credenciados, será prestado aos Beneficiários do PLANO por meio da utilização da rede de profissionais e instituições credenciadas, estabelecidos os preços, de comum acordo, nos termos de Prestação de Serviços.

§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.

§2º. A relação dos profissionais e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do PLANO será disponibilizada no portal da ELOSAÚDE na internet (www.elosaude.com.br).

§3º. 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.

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

I - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

II - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da ELOSAÚDE durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a ELOSAÚDE providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

Seção IV – Das Autorizações Prévias

Art. 39. Os serviços previstos neste Regulamento, quando realizados dentro da rede credenciada do PLANO, serão prestados aos Beneficiários mediante emissão de autorização prévia pela ELOSAÚDE, cabendo ao beneficiário, seu representante ou ao prestador credenciado solicitar à ELOSAÚDE a respectiva autorização.

§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 médico, o Beneficiário deverá procurar o hospital 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 nova 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, contado 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 médica na concessão da autorização prévia, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da ELOSAÚDE e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da ELOSAÚDE.

a. Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista neste parágrafo ocorrerão em conformidade com o disposto na regulamentação vigente.

b. Nos casos de solicitação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), o profissional solicitante deverá justificar clinicamente sua indicação e oferecer, sempre que disponível, ao menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha entre as marcas ofertadas a critério da ELOSAÚDE;

§8º. No caso de tratamentos continuados, o Beneficiário deverá apresentar relatório médico evolutivo e atualizado, a cada período de 6 (seis) meses, confirmando o tratamento ou as alterações na prescrição que for pertinente.

Art. 40. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **ELOSAÚDE**.

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

Art. 41. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor da **ELOSAÚDE**.

Art. 42. A **ELOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

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

Seção V – Da Coparticipação

Art. 43. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular 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, quando da utilização, sobre procedimentos estabelecidos a seguir:

I - Consultas médicas de qualquer natureza: 30% – a partir da 5ª consulta realizada por ano (sessões continuadas obedecem a regras próprias, definidas a seguir);

II - Exames: 30% – desde o primeiro;

III - Fisioterapia e outras terapias ambulatoriais realizadas por fisiatras ou fisioterapeutas – por sessão: 20% - desde a primeira;

IV - Psicologia e Psiquiatria – por sessão: 50% – a partir da 6ª sessão mensal;

V - Fonoaudiologia e Foniatria – por sessão: 50% – a partir da 6ª sessão mensal;

VI - Nutrição (sessões com nutricionista) – por sessão: 20% – desde a primeira;

VII - Terapia Ocupacional – por sessão: 20% – desde a primeira;

VIII - Acupuntura – por sessão: 50% – a partir da 6ª sessão mensal;

IX - Consultas e/ou atendimento de enfermagem não integrantes de processos de internação: 50% desde o primeiro;

X - Radioterapia – por sessão: 20% – a partir de 240 sessões ao ano;

XI - Quimioterapia infusional – por sessão: 20% - a partir de 240 sessões ao ano;

a. Não será aplicada coparticipação para quimioterapia oral, de uso domiciliar;

XII - Internações clínicas e cirúrgicas de qualquer natureza: R$ 1,00 (um Real) por evento, independentemente do número de diárias;

XIII - Internações psiquiátricas: 50% quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano, considerados a partir da data de adesão do Beneficiário, não cumulativos;

XIV - Procedimentos, pequenas cirurgias, diagnose e terapia, inclusive ambulatoriais (exceto diálise e hemodiálise), para pacientes não internados: 20% - desde o primeiro procedimento utilizado;

§2º. Não haverá a incidência de coparticipação, por ocasião do uso dos serviços de teleconsulta e teleatendimentos realizados exclusivamente por meio das plataformas e/ou profissionais indicados pela ELOSAÚDE.

§3º. As coparticipações previstas neste artigo (percentuais e valores) poderão sofrer reajustes anuais, no mesmo período do reajuste das mensalidades, respeitados os normativos legais incidentes sobre o tema.

§4º. Serão de responsabilidade do Beneficiário Titular 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 obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

§5º. Os prazos de aplicação de coparticipação, quando for o caso, serão contados por ano de adesão do beneficiário, considerado a partir da data de início de vigência de seu PLANO.

Capítulo XII – Da Formação de Preço e Mensalidade

Art. 44. O PLANO será custeado em regime de preço "pré-estabelecido", nos termos da Resolução Normativa nº 543/22 da ANS (Anexo II, item 11, número 11.1.1) e alterações posteriores.

Art. 45. 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 às mensalidades estabelecidas por faixa etária, valores de patrocínio, contribuições mensais relativas aos Beneficiários Titulares e Dependentes, 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. O plano de custeio deverá ser aprovado conforme disposições estatutárias vigentes e que regulam 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 INSTITUIDORAS e a ELOSAÚDE.

§3º. Após a aprovação do Plano de Custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

Art. 46. As contribuições mensais e eventuais coparticipações, relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seus Dependentes, serão prioritariamente descontadas em folha de pagamento salarial ou de benefícios dos fundos de pensão, ficando as INSTITUIDORAS 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.

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. 47. Em caso de atraso no pagamento, os Titulares 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), sem prejuízo da correção monetária e da aplicação das demais penalidades estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 48. Os recursos destinados ao custeio do PLANO serão contabilizados em conta específica e administrados pela ELOSAÚDE.

Capítulo XIII – Do Reajuste

Art. 49. 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 médico-hospitalares, a sinistralidade ocorrida, a inflação do período e o perfil da carteira de Beneficiários, obedecendo aos normativos da ANS.

§1º - Os valores das mensalidades e as coparticipações serão reajustados, anualmente, após aprovação pelo Conselho Deliberativo da ELOSAÚDE.

§2º - As adequações das mensalidades decorrentes da mudança de faixa etária dos Beneficiários não se confundem com o reajuste financeiro anual das mensalidades.

§3º - A data base para a aplicação do reajuste anual não é definida em função da época de adesão de cada Beneficiário.

§4º - Os reajustes serão comunicados à ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

§5º - Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da Operadora para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

Art. 50. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Capítulo XIV – Das Faixas Etárias

Art. 51. As mensalidades previstas no plano de custeio foram fixadas, observada a tabela de custo do beneficiário, em função da idade do Beneficiário inscrito, conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias	/	**% de variação:**
0 a 18 anos –		(sem incidência);
19 a 23 anos –		16,1%;

24 a 28 anos –	16,1%;
29 a 33 anos –	16,1%;
34 a 38 anos –	16,1%;
39 a 43 anos –	16,1%;
44 a 48 anos –	16,1%;
49 a 53 anos –	17,7%;
54 a 58 anos –	17,8%;
59 anos e acima –	17,8%.

§1º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

I - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

II - 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.

§2º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§3º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

§4º. Em razão de a 10ª (décima) e última faixa etária compreender os Beneficiários com 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais, não haverá nova variação de preço por mudança de faixa etária a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, em observância ao art. 15, §3º, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), **sendo aplicado apenas o reajuste anual tratado no Capítulo anterior.**

Capítulo XV – Das Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos

Seção I – Do Demitido

Art. 52. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o PLANO, em decorrência de vínculo mantido junto às INSTITUIDORAS, 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 INSTITUIDORAS, desde que assuma o pagamento integral dos valores devidos ao PLANO, acrescido de eventual valor de responsabilidade das INSTITUIDORAS, 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 INSTITUIDORA 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. 53. Ao aposentado que contribuir para o PLANO, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário mantido junto às INSTITUIDORAS, 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 INSTITUIDORA.

§1º. O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da INSTITUIDORA 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 INSTITUIDORA, 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 INSTITUIDORA, 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. 54. O PLANO tratado neste Regulamento destina-se à 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 INSTITUIDORAS, 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 INSTITUIDORA do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

Art. 55. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

Parágrafo único. Além da hipótese de portabilidade acima mencionada, 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. 56. 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. 57. Nos planos coletivos custeados integralmente pela INSTITUIDORA, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do PLANO em relação ao seu grupo familiar.

Art. 58. 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 XVI – Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário

Art. 59. Caberá à INSTITUIDORA ou ao titular do plano solicitar a suspensão da cobertura assistencial e/ou 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 de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente ou, ainda, na hipótese de exclusão do Titular, observado o disposto neste Regulamento;

III - Atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (mensalidades e coparticipações), inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, ressalvados os casos de Beneficiários que efetuam o pagamento da mensalidade diretamente à ELOSAÚDE, quando a exclusão por inadimplência será realizada diretamente pela ELOSAÚDE, conforme regras previstas na regulamentação da ANS.

Art. 60. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO, caberá às INSTITUIDORAS, 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 INSTITUIDORA 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. 61. A ELOSAÚDE poderá excluir os Beneficiários, sem a anuência da INSTITUIDORA, nas seguintes hipóteses:

I - Infração ao Estatuto da ELOSAÚDE que implique em tal penalidade;

II - Em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

III - 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;

IV - Perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente, ou, ainda, na hipótese de exclusão do Titular, observado o disposto neste Regulamento.

V - Atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (mensalidades e coparticipações), inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, observada a regulamentação vigente aplicável.

V.1. - Em caso de atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO, a ELOSAÚDE poderá adotar medidas de cobrança que julgar adequadas e pertinentes a cada situação, dentre elas (mas não exclusivamente), cobrana administrativa, negociação, cobrança extrajudicial, judicial etc., quando legalmente cabível.

VI - Solicitação de exclusão feita pelo próprio titular do Plano.

Art. 62. 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.

§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 INSTITUIDORA, suspender os atendimentos após 30 (trinta) dias sucessivos de falta de pagamento, persistindo a obrigação dos Beneficiários pelo pagamento das mensalidades vincendas, que continuarão sendo cobradas pela ELOSAÚDE durante a suspensão enquanto os Beneficiários permanecerem vinculados ao PLANO.

§3º. A exclusão do Beneficiário do PLANO por inadimplência e a suspensão da cobertura assistencial ao longo do período de inadimplência ocorrerão mediante notificação prévia com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

§4º. A notificação por inadimplência será realizada pela ELOSAÚDE pelos meios admitidos pela regulamentação vigente da ANS, amplamente divulgados no Portal da Operadora, envolvendo: 1) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura; 2) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta; 3) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor, 4) área de portal eletrônico acessada mediante "login e senha", com comprovação de visualização de notificação específica e 5) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do Beneficiário, ou preposto da ELOSAÚDE, com comprovante de recebimento assinado pelo Beneficiário.

§5º. Para a realização da notificação por inadimplência, serão consideradas as informações disponíveis no cadastro do respectivo Beneficiário no banco de dados da ELOSAÚDE, fornecidas pela INSTITUIDORA ou pelo Beneficiário, cabendo a este o dever de manter as suas informações cadastrais completas e atualizadas junto à Operadora, sob pena de ter presumida a ciência, nos termos da regulamentação.

§6º. No processo de movimentação cadastral, a ELOSAÚDE informará os Beneficiários excluídos por inadimplência no período.

Art. 63. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Beneficiário Titular ao PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 64. 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. 65. A exclusão do Beneficiário Titular implicará a automática exclusão de todos os seus Dependentes, incluindo os eventuais responsáveis financeiros.

Parágrafo único. Na hipótese de falecimento do Titular, a exclusão de que trata o caput deste artigo não será procedida caso:

I. O pensionista vinculado ao Plano de Benefícios das INSTITUIDORAS assuma a condição de responsável financeiro pelo PLANO, respondendo por todas as obrigações decorrentes do PLANO.

II. um dos BENEFICIÁRIOS Dependentes assuma a qualidade de responsável financeiro pelo PLANO em razão da inexistência de pensionista vinculado ao Plano de Benefícios das INSTITUIDORAS.

Art. 66. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com a ELOSAÚDE, incluídos os valores de mensalidade e de coparticipação.

Art. 67. 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 e de cobertura parcial temporária nos casos de doenças e lesões preexistentes.

Art. 68. O Beneficiário excluído do PLANO deverá, obrigatoriamente, inutilizar sua Carteira de Beneficiário da ELOSAÚDE, e será imediatamente suspensa a utilização dos serviços prestados pelo Plano, enquadrando-se seu uso após o desligamento, como fraude ao plano, sujeito às penalidades cabíveis.

Capítulo XVII – Das Disposições Gerais e Finais

Art. 69. 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. 70. Compete à Diretoria da ELOSAÚDE aprovar alterações neste Regulamento, deliberar sobre alterações de mensalidades, estabelecer normas administrativas e deliberar sobre casos omissos neste Regulamento.

Art. 71. Os vários estipuladores na Tabela de Reembolso, para honorários médicos e exames complementares, têm como parâmetro a Classificação Brasileira

Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, com os redutores adotados pelo PLANO.

Art. 72. As orientações contidas no MANUAL DO BENEFICIÁRIO integram este Regulamento, subordinando-se a este, na hipótese de haver dúvidas de interpretação.

Art. 73. 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. 74. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 75. Nenhuma responsabilidade caberá à ELOSAÚDE por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do Titular ou de seus Dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos de livre escolha do Beneficiário.

Art. 76. A ELOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 77. É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pelas INSTITUIDORAS, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS, e suas alterações.

Art. 78. Este Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação.

Art. 79. O encerramento da operação do PLANO E-2020 pela ELOSAÚDE se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 80. Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 81. A ELOSAÚDE, na qualidade de controladora de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis de saúde dos Beneficiários, observará a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) em todas as fases do tratamento de dados relacionadas à execução deste Regulamento, incluindo coleta, armazenamento, uso, compartilhamento, eliminação e demais operações, assegurados ao Beneficiário os direitos previstos no art. 18 da LGPD.

Parágrafo único. A ELOSAÚDE manterá canal específico de atendimento ao titular de dados para exercício dos direitos previstos na LGPD, sem prejuízo dos demais

canais de atendimento previstos neste Regulamento (Lei nº 13.709/2018, arts. 6º, 7º, 11 e 18).

Art. 82. A ELOSAÚDE disponibilizará aos Beneficiários canal de Ouvidoria, com atuação independente da área de atendimento e de regulação assistencial, destinado a atuar como instância recursal e de último recurso nas demandas não solucionadas pelos canais ordinários de atendimento ao Beneficiário, observados os prazos de resposta e os demais requisitos fixados pela ANS.

Parágrafo único. As atribuições, o fluxo de atendimento e os prazos de resposta da Ouvidoria serão disciplinados em conformidade com a legislação emanada pela ANS.

Catalogação:

a. Regulamento do PLANO E 2020. Versão 1.0 – Elaborada para registro do produto;
b. Revisão para aprimoramento da redação – aprovada para vigência a partir de 1º.09.2024;
c. Revisão para aprimoramento da redação – aprovada para vigência a partir de 1º.08.2025;
d. Revisão técnico-regulatória, aprovada para vigência a partir de 1º/10/2026.

Florianópolis-SC, 1º de outubro de 2026.

Anexo I – Regras Específicas para Solicitação de Reembolsos

I. **CONSULTAS:** A Nota Fiscal ou Recibo devem descrever claramente que se trata de consulta. Pedidos sem essa especificação serão devolvidos.

II. **TERAPIAS** (psicoterapia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional):

a. É imprescindível fornecer as datas em que os atendimentos foram realizados.
b. Para reembolso de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, é necessária apresentação de pedido médico com indicação do tratamento.
c. Psicoterapia e nutrição não necessitam de pedido médico.
d. São reembolsáveis apenas atendimentos realizados por profissionais de saúde.

III. **EXAMES / IMUNOTERAPIA:**
a. É indispensável apresentação de pedido médico com a indicação correspondente.
b. Caso o documento apresente mais de um item, os valores individuais deverão estar devidamente informados.
c. Para imunoterapia, é necessário informar valores individuais para a aplicação (honorário) e para a medicação utilizada (produto).

IV. **PROCEDIMENTOS / CIRURGIAS** (Com internação ou realizados em ambulatório/consultório):
a. Para honorários médicos: baixe o Formulário de Honorários Pagos em Caráter Particular, disponível no site da ELOSAÚDE. Este formulário deverá ser preenchido com as informações detalhadas dos médicos que realizaram a cobrança particular.
b. Quando o valor apresentado inclui despesas de hospitais ou clínicas, é necessário apresentar a Conta Paciente (detalhamento de despesas, fornecido pelo Prestador).
c. Apresente pedido médico e laudos de exames que justifiquem o procedimento.
d. Para a correta análise, o procedimento precisa estar claramente descrito.

V. **LENTE INTRAOCULAR:**
a. Para reembolso de lente intraocular, é indispensável que a Nota Fiscal especifique a cobrança da lente utilizada. Caso não haja tal especificação, deverá ser anexada declaração do prestador, indicando que a cobrança se refere somente à lente.

VI. **SOBRE TODAS AS SOLICITAÇÕES:**
a. Juntamente com toda e qualquer solicitação de reembolso deve ser remetido o respectivo comprovante de pagamento.
b. Caso a auditoria da ELOSAÚDE julgue necessário, poderá solicitar a apresentação de documentação complementar para melhor análise do processo e/ou elucidação de dúvidas.