



Versão: 01/05/2023

**Regulamento do
Plano
CELOS Saúde
Essencial
Agregados**

**Registro Produto ANS 497.139/23-6
18/10/2023**

Sumário

CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	3
ATRIBUTOS DOREGULAMENTO.....	3
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	5
Seção I - Cobertura Ambulatorial	6
Seção II - Cobertura Hospitalar com Obstetrícia	7
EXCLUSÕES DE COBERTURA	12
DURAÇÃO DO CONTRATO	15
PERÍODOS DE CARÊNCIA	15
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	16
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	18
Seção I – Atendimento.....	18
Seção II – Remoção.....	19
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	21
Seção I - Cartão De Identificação Do Beneficiário.....	21
Seção II - Autorizações Prévias	22
Seção III - Junta Médica.....	23
Seção IV - Coparticipação.....	23
Seção V - Serviços Próprios e Rede Credenciada	24
FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	25
FAIXAS ETÁRIAS DOS BENEFICIÁRIOS AGREGADOS	28
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	29
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO AGREGADO	29
EXTINÇÃO DO PLANO	30
DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO	30
DISPOSIÇÕES GERAIS	33
FORO DE ELEIÇÃO	33



CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art.1º. A Fundação Celesc de Seguridade Social – CELOS, doravante denominada simplesmente CELOS, entidade sem fins lucrativos, Operadora de Plano de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 31.504-4, classificada como Autogestão e inscrita no CNPJ sob o nº 82.956.996/0001-78, com sede na Avenida Hercílio Luz, 639 – Ed. Alpha Centauri, 6º andar, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado Plano.

Art.2º. São Convenientes do Plano de que trata este Regulamento as Patrocinadoras da Fundação Celesc de Seguridade Social – CELOS, que firmarem Convênio de Adesão, nos termos da regulamentação da ANS.

Parágrafo Único: Para todos os fins previstos neste Regulamento, considera-se Conveniente a pessoa jurídica que convenia plano de saúde para determinada categoria de pessoas naturais, na condição de Instituidor, sem que haja sua participação ou responsabilidade financeira.

Art.3º. O Plano de Assistência à Saúde tratado neste instrumento é denominado Plano CELOS Saúde Essencial Agregados, ou simplesmente Plano, e está registrado na ANS sob o nº. 497.139/23-6 , 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: Estadual;
- V. Área de Atuação: Estado de Santa Catarina;
- VI. Padrão de Acomodação em Internação: Coletiva;
- VII. Formação do Preço: Pré-estabelecido.

CAPÍTULO II - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art.4º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou a 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 - CID 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.

§ 1º : O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes de Plano de Assistência à Saúde, com características de contrato de adesão.

§ 2º. Eventual autorização para tratamento ou procedimento além dos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS se dará em situações excepcionais, desde que preenchidos os requisitos legais para tanto.

CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art.5º. O presente Regulamento destina-se exclusivamente aos familiares dos Beneficiários Titulares das Convenentes, respeitados os vínculos exigidos na legislação de saúde suplementar para que a CELOS seja considerada autogestão.

§1º. Os Beneficiários Titulares são aqueles definidos no Regulamento próprio destinado a essa categoria.

§2º. Consideram-se Beneficiários Agregados do Titular, aptos a serem inscritos no Plano previsto neste Regulamento:

- I. o pai e a mãe;
- II. o (a) sogro(a);
- III. o (a) filho (a) que perde a condição de Dependente;
- IV. o menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela;
- V. o (a) enteado (a);
- VI. o (a) irmão (ã);
- VII. o (a) neto (a);
- VIII. o (a) sobrinho (a);
- IX. o (a) ex-cônjuge por decisão judicial;
- X. a nora e o genro.

Art.6º. A inscrição de Beneficiário Agregado dar-se-á mediante preenchimento do requerimento de inscrição firmado pelo requerente e pelo Beneficiário Titular, ou só por este, no caso de Beneficiário Agregado menor ou incapaz, manifestando concordância com os termos deste Regulamento.

Art.7º. No ato da inscrição deverá ser apresentada cópia da carteira de identidade, do CPF, comprovante de residência e dados bancários do Beneficiário Agregado ou do Beneficiário Titular quando for o caso, além de documento que comprove a relação de parentesco estabelecida entre o Beneficiário Agregado e o Beneficiário Titular.

Art.8º. É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Agregado, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Agregado, 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;
- II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, com aproveitamento do período de carência já cumprido pelo adotante, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.

§1º. A inclusão prevista neste Artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Beneficiário Agregado estabelecidas no presente Regulamento (Art. 5º).

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência estabelecidos neste Regulamento (Art. 15).

CAPÍTULO IV - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art.9º. A CELOS cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários Agregados regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecidas neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CELOS, 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 e relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam a este Plano, e de acordo com as Diretrizes de

Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I - Cobertura Ambulatorial

Art.10. A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Consulta médica, em número ilimitado, em clínica básica e especializada (especialidade médica), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina –CFM;
 - I. 1) são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- II. Serviços de apoio a 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, devidamente habilitado, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS 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 fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, desde que solicitadas pelo médico assistente;
- IV. Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), solicitada pelo médico assistente; d
- V. Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetrix, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;
- VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- VII. Hemodiálise e diálise peritoneal –CAPD;
- VIII. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamento para tratamento do câncer, incluindo medicamento para o controle de efeito adverso relacionado 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 de estabelecimento de saúde;
 - a) Adjuvante é medicamento empregado de forma associada ao medicamento para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar

seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

- IX.** Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigos à época do evento;
- X.** Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI.** Procedimento de hemodinâmica ambulatorial: aquele que prescinde de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidade similar e que esteja descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII.** Hemoterapia ambulatorial;
- XIII.** Cirurgia oftalmológica ambulatorial, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para paciente 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 grau entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção II - Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art.11. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I.** Internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- II.** Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- III.** Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - III.1)** 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,
 - III.2)** 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 da doença 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 Agregado menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especial (salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião dentista assistente), atestada pelo médico, exceto caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- VII.** Órtese e prótese, registrada na ANVISA, ligada ao ato cirúrgico listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial;
- VIII.** Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento 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;
 - a)** O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, observadas as seguintes regras:
 - b)** 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 Agregado, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

c) 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 para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
 - d) Procedimentos radioterápicos;
 - e) Hemoterapia;
 - f) Nutrição parenteral ou enteral;
 - g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Radiologia intervencionista;
 - i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- XI.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII.** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII.** Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a eles vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor 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;
- XIV.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XV.** Acomodação, alimentação e paramentação conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico assistente, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- XVI.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Agregado, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- XVII.** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:
- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;
 - b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
 - c) Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento;
 - d) Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário Agregado não cumulativos.

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

- I. O Beneficiário Agregado 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.

§2º. 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 proporcionar ao Beneficiário Agregado a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Art.12. 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 no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento que necessite 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, especialmente quanto aos critérios de credenciamento e reembolso praticados pela CELOS;
- 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 à 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.

CAPÍTULO V - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art.13. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CELOS sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início de vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento e, ainda, aquele que faz uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;
- IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, assim considerados aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionados, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- V. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a

fertilização, por meio de injeções de 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, mesmo quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
- XI.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XII.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- 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.** Serviço de enfermagem particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVIII.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XIX.** Aparelhos ortopédicos;
- XX.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXI.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por prestadores não credenciados ao Plano, ressalvados os casos de urgência e emergência, que poderão ser realizados por prestadores não credenciados e posteriormente reembolsados, nos termos e limites deste Regulamento;
- XXII.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário Agregado, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXIII.** Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXIV.** Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXV.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXVI.** Cirurgia para mudança de sexo;
- XXVII.** Avaliação pedagógica;
- XXVIII.** Orientações vocacionais;
- XXIX.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXX.** Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXXI.** Remoção domiciliar;
- XXXII.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXIII.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXIV.** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VI - DURAÇÃO DO CONTRATO

Art.14. O início da vigência do plano será a data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo da **CELOS**.

CAPÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art.15. Entende-se por carência o período durante o qual o Beneficiário Agregado não terá direito às coberturas oferecidas pelo Plano. Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art.12 da Lei nº9.656/1998:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para consultas médicas e demais especialidades previstas neste Regulamento (Art. 10, itens I, III a V);
- II. 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste Regulamento (Art. 20, item I e II, Art. 21, itens I a V);
- III. 90 (noventa) dias para exames de diagnose e tratamentos ambulatoriais;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- V. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

§1º. O prazo de carência será contado a partir do deferimento, pelo órgão competente da CELOS, do pedido de inscrição realizado pelo Beneficiário Titular ou Agregado (Art. 5º, § 1º), cujas condições de elegibilidade do Beneficiário Agregado deverão ser analisadas no máximo 05 (dias) úteis da data de protocolo do requerimento.

§2º. O Beneficiário Agregado estará isento do cumprimento do período de carência quando solicitar sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de disponibilização do presente Plano ou da data em que se tornar elegível.

§3º. Para efeitos do parágrafo anterior, o Beneficiário Agregado se torna elegível ao Plano:

- I. Quando na época da admissão do Beneficiário Titular junto à Conveniente já existir a relação de dependência com o Beneficiário Agregado;
- II. Nas seguintes hipóteses, no caso da relação de dependência do Beneficiário Agregado com o Beneficiário Titular começar após a admissão

deste no quadro de pessoal da Convenente:

- a)** Da data do matrimônio, no caso de sogro (a), enteado (a), nora ou genro;
- b)** Da data do nascimento, em caso de irmão(ã), neto (a) ou sobrinho (a);
- c)** Da data da sentença, no caso de menor sob guarda ou de ex-cônjuge;
- d)** Da data em que o filho perdeu a condição de dependência estabelecida no Plano CELOS Saúde ou Plano CELOS Saúde Essencial.

CAPÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art.16. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário Agregado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

§1º. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário Agregado, ou o Beneficiário Titular, quando for o caso de menor ou incapaz, deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do Plano, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

§2º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao(s) Beneficiário(s).

§3º. O Beneficiário Agregado 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 CELOS, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

§4º. Caso o Beneficiário Agregado opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CELOS, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§5º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário Agregado para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário Agregado 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.

§6º. 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 CELOS,

com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art.17. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário Agregado, 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 CELOS oferecerá a cobertura parcial temporária.

§1º. 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 preexistentes.

§2º. 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.

§3º. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CELOS 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 CELOS para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

§4º. 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 CELOS, fazendo parte integrante deste instrumento.

§5º. Exercendo prerrogativa legal, a CELOS não optará pelo fornecimento do Agravo, conforme conceito previsto nas Disposições Gerais.

Art.18. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário Agregado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CELOS deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário Agregado 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 Agregado à Cobertura Parcial Temporária.



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

§2º. A CELOS poderá utilizar-se de qualquer documento ou meio de prova em direito admitidos, para fins de comprovação sobre a condição de saúde do Beneficiário Agregado no que concerne à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário Agregado deverá remeter a documentação necessária para instrução do processo, no prazo fixado por aquela Autarquia.

§4º. Após julgamento, e acolhida à alegação da CELOS, pela ANS, o Beneficiário Titular e o Beneficiário Agregado passam a ser solidariamente responsáveis 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 CELOS, bem como será excluído do Plano.

§5º. Em razão da responsabilidade solidária prevista no parágrafo anterior, fica a CELOS autorizada a tomar as providências para desconto do valor devido, corrigido monetariamente, na folha de pagamento do Beneficiário Titular, para cobrança direta em caso de inadimplência ou término do vínculo de emprego com a Convenente.

§6º. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do Plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo, bem assim a cobrança dos custos médico-hospitalares que a CELOS vier a fazer durante a tramitação do processo na ANS.

Art.19. As normas do presente Capítulo não vigorarão caso o Beneficiário Agregado requeira sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de disponibilização do presente Plano ou da data em que se tornar elegível, conforme definido no Capítulo anterior.

CAPÍTULO IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I – Atendimento

Art.20 Para os fins deste Regulamento, considera-se:

- I. atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II. atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou

de lesão irreparável ou de difícil reparação para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art.21. 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 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário Agregado 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 do Beneficiário Agregado;
- 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 definida pelo médico assistente;
- 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 do Beneficiário Agregado;
- 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 definida pelo médico assistente.

Parágrafo Único: Nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária, na forma deste Regulamento, 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 definida pelo médico assistente.

Seção II – Remoção

Art.22. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

§1º. 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 hospitalar para continuidade da atenção ao paciente.

§2º. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário Agregado estar cumprindo período de carência para internação hospitalar (Art. 15, IV).

§3º. Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver 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.

§4º. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. quando não possa haver remoção por risco de vida, o paciente, o seu responsável ou o Beneficiário Titular, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando, assim, a CELOS desobrigada a pagar os custos da internação hospitalar, incluindo os honorários médicos contratados;
- II. caberá à CELOS 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, ficando, assim, desobrigada dos custos dos atendimentos posteriores prestados ao paciente;
- III. na remoção, a CELOS 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 CELOS estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção III – Reembolso

Art. 23. O Plano CELOS Saúde Essencial Agregados assegurará o reembolso, no limite das obrigações previstas neste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano, nos casos exclusivos de urgência e de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CELOS, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/1998.

§1º. O reembolso se limita às despesas vinculadas diretamente ao evento que originou



o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência, na forma prevista no *caput*.

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CELOS (que não será inferior à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CELOS junto à rede de prestadores do respectivo Plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que atendam à comprovação da despesa efetuada: comprovante pagamento em papel timbrado, emitido no nome do Beneficiário Titular ou do Agregado, conforme for o caso, identificando o paciente, contendo carimbo com o CPF e número de registro do Profissional no Conselho de sua especialidade, ou, quando pessoa jurídica, CNPJ do prestador de serviço, discriminação do serviço prestado ao paciente, data de emissão, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência, na forma deste Regulamento.

§3º. O Beneficiário Agregado, ou o Beneficiário Titular, quando for o caso de menor ou incapaz, deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

Art.24. Em nenhuma hipótese, será aceita declaração ainda que emitida por instrumento público, para substituição do comprovante de pagamento extraviado ou apresentado fora do prazo de validade, bem como não será concedido nenhum tipo de adiantamento de crédito para os fins regulados nesta Seção.

CAPÍTULO X MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I - Cartão De Identificação Do Beneficiário

Art.25. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste Regulamento será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário Agregado fornecida e expedida pela CELOS para os Beneficiários Agregados cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade ou inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.

§1º. A CELOS fornecerá aos Beneficiários Agregados o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens previstas neste Regulamento, podendo a CELOS adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários Agregados.



§2º. A emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação ficará condicionada ao recolhimento antecipado do valor correspondente ao custo de sua emissão.

Art.26. Ocorrendo a exclusão de Beneficiário Agregado do Plano, por qualquer motivo, o Beneficiário Titular obriga-se a devolver, imediatamente, os cartões de identificação de seus Beneficiários Agregados e quaisquer outros documentos fornecidos pela CELOS, respondendo solidariamente o Beneficiário Titular e o Beneficiário Agregado excluído pelos prejuízos resultantes do uso indevido ou ilícito desses documentos. Nos casos em que os cartões não sejam devolvidos à CELOS, em razão de perda ou extravio, o Beneficiário Titular e o Beneficiário Agregado deverão assinar Termo próprio no qual se responsabilizam, solidariamente, por qualquer eventual má utilização dos serviços, a partir da exclusão do Beneficiário Agregado.

§1º. Considera-se uso indevido ou ilícito a utilização do Cartão de Identificação e dos documentos entregues ao Beneficiário Agregado com o fim de obter atendimento das coberturas do Plano, sendo também indevido ou ilícito o uso do Cartão e dos documentos pelo Beneficiário Agregado que perdeu essa condição, por qualquer das hipóteses previstas neste Regulamento (suspensão, exclusão etc), bem como a utilização por terceiros ou por qualquer pessoa da família do Titular que não esteja inscrita como Beneficiário Agregado do Plano.

§2º. O uso indevido do Cartão de Identificação de qualquer Beneficiário Agregado, a critério da CELOS, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Beneficiário Agregado do Plano, mediante notificação extrajudicial.

§3º. Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular ou o Beneficiário Agregado deverá comunicar formalmente o fato à CELOS, por escrito, acompanhado de boletim de ocorrência, seja para fins de cancelamento seja para emissão de segunda via.

§4º. Cessa a responsabilidade do Beneficiário Titular e do Beneficiário Agregado a partir da data do protocolo da comunicação escrita à CELOS do roubo, furto, perda ou extravio do Cartão de Identificação.

Seção II - Autorizações Prévias

Art.27. Para a realização dos procedimentos contratados, será necessária à obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

Art.28. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CELOS ou Prestador de Serviço que garantirá o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 01(um) dia útil, a contar da data da solicitação à CELOS, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Parágrafo Único: Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CELOS, ou quando não credenciado em Receituário, contendo dados do Beneficiário Agregado, descrição do serviço necessário e especificação de acordo com CID (quando for o caso).

Art.29. A CELOS se reserva o direito de efetuar perícia em qualquer procedimento, sempre que julgar a medida necessária.

Seção III - Junta Médica

Art.30. Em caso de divergência técnico-assistencial sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica para a definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário Agregado, por médico da CELOS e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CELOS. Caso o profissional eleito pelo Beneficiário Agregado não seja credenciado da CELOS, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do Beneficiário Agregado.

Parágrafo Único: Os requisitos e procedimentos para instauração da junta acima mencionada será conforme disposto na regulamentação vigente.

Seção IV - Coparticipação

Art.31. Coparticipação é a parte da despesa assistencial devida solidariamente pelo Beneficiário Agregado e pelo Beneficiário Titular, a ser paga diretamente à CELOS, após a realização do procedimento coberto por este Plano, cujos valores ou percentuais são fixados observando-se as normativas editadas pela ANS:

- a) 50% (cinquenta por cento) do valor a ser pago ao prestador para Consultas;
- b) 50% (cinquenta por cento) do valor a ser pago ao prestador para Exames Básicos de Apoio Diagnóstico;
- c) 20% (vinte por cento) do valor a ser pago ao prestador para Exames Especiais de Apoio Diagnóstico;

- d) 20% (vinte por cento) do valor a ser pago ao prestador para Procedimentos Básicos a nível ambulatorial ou em hospital-dia, limitado a R\$ 200,00 (duzentos reais) por procedimento realizado;
- e) R\$200,00 nas internações.

§1º. Exames especiais referem-se a alto nível de tecnologia agregado ao procedimento.

§2º. O percentual de coparticipação incidirá sobre o total das despesas pagas pela CELOS, inclusive dos encargos resultantes.

§3º. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do beneficiário, não cumulativos.

§4º. Haverá isenção da coparticipação nos seguintes casos:

- I. Internações cirúrgicas;
- II. Radioterapia;
- III. Quimioterapia;
- IV. Hemodiálise.

§5º. Na eventualidade de o Beneficiário fazer jus ao reembolso das despesas previstas neste Regulamento, também incidirá a coparticipação descrita nesta Seção.

Seção V - Serviços Próprios e Rede Credenciada

Art.32. Os Beneficiários Agregados com idade igual ou superior a 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais Beneficiários do Plano.

§1º. A CELOS disponibilizará a relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados do Plano, obedecidas às regras que disciplinam o atendimento, por meio do seu portal corporativo na *internet*, na forma da legislação aplicável.

§2º. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer prestador de serviços implica compromisso para com os Beneficiários Agregados quanto à sua manutenção ao longo da vigência do Regulamento, sendo que, no que se refere à mudança de entidade hospitalar, deverão ser observadas as regras abaixo:

- I. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante

comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

- II. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CELOS arcará com a transferência do Beneficiário Agregado para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- III. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CELOS durante período de internação do Beneficiário Agregado, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CELOS a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma deste Regulamento;
- IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art.33. O Plano CELOS Saúde Essencial Agregados será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 543/22 da ANS (Anexo II, item 11.1.1) e alterações posteriores.

Art.34. O Beneficiário Titular ou o Beneficiário Agregado deverá pagar à CELOS, uma contraprestação pecuniária mensal definida denominada de mensalidade, em função das faixas etárias em que se enquadrar o Beneficiário Agregado, bem como os valores de coparticipação (art. 31) em decorrência da utilização dos serviços prestados por este Plano, na forma do seu Regulamento.

§1º. Para a cobrança do valor da mensalidade e eventuais valores de coparticipação, a CELOS enviará ao Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado fatura única de cobrança (boleto bancário), que deverá ser quitada até o dia 05 (cinco) de cada mês, impreterivelmente.

§2º. O pagamento relativo ao Beneficiário Agregado mantido no Plano, conforme estabelecido neste Regulamento (§2º e §3º do art. 30 e no §2º do art. 31 ambos da Lei nº 9.656/98) será efetivado da mesma forma prevista neste artigo.

§3º. A CELOS poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia pelos meios de divulgação impressos ou eletrônicos.



Art.35. O recebimento pela CELOS de parcelas de mensalidade ou coparticipações em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

Art.36. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Regulamento.

Art.37. O pagamento dos valores devidos à CELOS referentes a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Art.38. Se o Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação (mensalidade e coparticipação), até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CELOS pessoalmente, por telefone ou por meio eletrônico para que não se sujeite as consequências da mora.

Art.39. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de mensalidade ou coparticipação serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito mensal atualizado.

Parágrafo Único: Na hipótese de inadimplência do Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12(doze) meses de adesão, o beneficiário Agregado será excluído do Plano, automaticamente, sendo que o débito existente na data da exclusão será cobrado diretamente na folha de pagamento do Beneficiário Titular, em virtude da solidariedade passiva do Beneficiário Agregado com o Beneficiário Titular no tocante às obrigações para com o Plano.

CAPÍTULO XIII - REAJUSTE

Art.40. A contribuição mensal e a coparticipação, definidas no presente Regulamento, serão atualizadas, anualmente, no mês de Julho, pela variação positiva do IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo, acumulada nos 12 (doze) meses anteriores à data base de reajuste, sendo apurada com uma antecedência de 2 (dois) meses e divulgada pelos meios escritos e eletrônicos aos Beneficiários.

Art.41. O custeio será revisto anualmente no mesmo momento e de forma complementar ao reajuste financeiro acima previsto, e aprovado pelo Conselho Deliberativo da CELOS que fixará os valores a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

- I. aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;
- II. aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições do Plano; e,
- III. alteração sensível na composição do grupo inscrito no Plano.

§1º. Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao Plano, inclusive as alterações nas coparticipações, deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

§2º. Independentemente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral, no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do custeio, entendendo esta como data base única.

Art.42. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art.43. 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 CELOS para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio.

CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS DOS BENEFICIÁRIOS AGREGADOS

Art.44. A mensalidade do Plano CELOS Saúde Essencial Agregados foi fixada em função da idade do Beneficiário Agregado inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixa Etária	% Reajuste	05/2023 à 04/2024
0 a 18	-	R\$ 209,25
19 a 23	15,01%	R\$ 240,66
24 a 28	13,02%	R\$ 272,00
29 a 33	38,48%	R\$ 376,67
34 a 38	11,11%	R\$ 418,52
39 a 43	9,99%	R\$ 460,32
44 a 48	13,65%	R\$ 523,17
49 a 53	47,99%	R\$ 774,25
54 a 58	21,62%	R\$ 941,64
59 +	32,22%	R\$ 1.245,02

Art.45. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Agregado, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

Parágrafo Único: Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária serão fixados observando-se seguintes condições:

- O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária da tabela constante do artigo 48 acima.
- 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 da tabela do artigo 48 acima.

Art.46. Em razão de norma do Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60(sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo a aplicação do reajuste anual previsto neste Regulamento (financeiro e técnico-atuarial).



CAPÍTULO XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art.47. Nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria do Beneficiário Titular, é garantido o direito de manutenção dos Beneficiários Agregados, pelo mesmo período que terá direito de manutenção o Beneficiário Titular.

§1º. O direito previsto no *caput* continuará existindo em caso de óbito do Beneficiário Titular mantido no Plano pelo restante do período que teria direito caso não houvesse o óbito.

§2º. É assegurado aos Beneficiários Agregados vinculados ao Plano o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

§3º. O direito de permanência no Plano CELOS Saúde Essencial Agregados de que trata este artigo dependerá de requerimento formal do(s) beneficiário(s) agregado(s) inscrito(s), no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de comunicação ao(s) beneficiário(s) acerca da possibilidade de manterem-se no plano

CAPÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO AGREGADO

Art.48. Caberá ao Beneficiário Titular solicitar a exclusão de Beneficiário quando não mais quiser manter o Beneficiário Agregado no Plano, por qualquer motivo.

§1º. Poderá também ser excluído do Plano quando o Beneficiário Agregado perder sua qualidade de Beneficiário, ou quando deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição no Plano, ficando o Beneficiário Titular obrigado ao pagamento de eventuais dívidas existentes na data do desligamento.

§2º. O Beneficiário Agregado poderá, a seu exclusivo critério, requerer o seu desligamento do Plano, devendo o requerimento ser assinado também pelo Beneficiário Titular, em razão da solidariedade passiva com relação aos débitos do Plano.

Art. 49. Poderá a Convenente solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos beneficiários, observada a legislação em vigor.

Art.50. A CELOS só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde do Beneficiário Agregado, sem a anuência do Beneficiário Titular ou da Convenente, nas seguintes hipóteses:

- I. 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;
- II. perda da qualidade de Beneficiário Agregado, no caso de deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento (Art. 5º);
- III. inadimplência do Beneficiário Titular ou do Beneficiário Agregado em relação aos valores devidos ao Plano, nos termos estabelecidos neste Regulamento.

CAPÍTULO XVII - EXTINÇÃO DO PLANO

Art.52. O Plano CELOS Saúde Essencial Agregados poderá ser extinto por decisão do Conselho Deliberativo da CELOS, em razão da sua inviabilidade técnico- financeira e atuarial, ou de normas baixadas pelos órgãos reguladores e fiscalizadores.

Parágrafo Único: Independentemente do fator causador da extinção do Plano, a CELOS não terá obrigação de oferecer outro produto em substituição.

CAPÍTULO XVIII - DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO

Art.53. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- a) **Acidente pessoal:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **Agravo:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação/mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CELOS e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CELOS não optará pelo fornecimento

do Agravo;

- d) **Área de Abrangência Geográfica e atuação do Plano:** área definida em Regulamento dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) **Atendimento ambulatorial:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **Atendimento eletivo:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CBHPM:** Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 11ª revisão;
- i) **Cobertura:** garantia, nos limites e modalidades deste Regulamento, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **Complicações no processo gestacional:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia e abortamento;
- k) **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 9.656/1998;
- l) **Consulta médica:** serviço médico para diagnóstico e orientação terapêutica.
- m) **Consulta/sessão:** serviço prestado nas especialidades de psicologia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional com outros profissionais de saúde.
- n) **Coparticipação:** valor pago pelo Beneficiário Titular ou pelo Beneficiário Agregado à Operadora na utilização de consulta, exame e internação no tratamento dos transtornos psiquiátricos.
- o) **Diretriz:** critério estabelecido para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.
- p) **Emergência:** evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico

assistente.

- q) **Exame:** auxilia diagnóstico utilizado em complemento avaliação de saúde
- r) **Hospital dia:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- s) **Internação hospitalar:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- t) **Médico assistente:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;
- u) **Mensalidade:** valor estabelecido para custeio do plano de saúde, não incluído o valor devido a título de coparticipação.
- v) **OPME:** Órtese, Prótese e Material Especial.
- w) **Pessoa Jurídica:** sociedade empresarial e civil, associação, fundação, etc.
- x) **Rede prestadora de serviços:** profissional e/ou estabelecimento que oferece serviços de saúde.
- y) **Regulamento:** contém regras e normas do plano de saúde.
- bb) **Reembolso:** Ressarcimento de despesa efetuada com serviço de Saúde, nos termos deste Regulamento.
- cc) **Rol de procedimentos e eventos da ANS:** Cobertura assistencial obrigatória estabelecida pela ANS, para os planos regulamentados, ou posteriores à Lei nº. 9.656/98.
- dd) **Saúde suplementar:** segmento privado de assistência à saúde,
- ee) **Terapia:** método para tratar determinada doença ou condição de saúde.
- ff) **Utilização:** total de utilização de certo procedimento.
- gg) **Segmentação Ambulatorial:** cobertura de procedimento realizado em caráter eletivo, urgência e emergência: consulta médica, exame complementar, cirurgia ambulatorial, psicoterapia, fisioterapia, fonoaudióloga, nutrição, terapia ocupacional, psiquiatria, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, hemodinâmica, realizados em consultório ou ambulatório, dentre outros.
- hh) **Segmentação Hospitalar:** Assegura cobertura de internação hospitalar e UTI, além de exames complementares, transfusão, quimioterapia, radioterapia, anestésico, taxa de sala na cirurgia, material utilizado durante internação.
- ii) **Segmentação Hospitalar com Obstetrícia:** Acresce ao plano hospitalar consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e recém-nascido, natural ou adotivo, durante os primeiros trinta dias de vida contados do nascimento ou adoção.

CAPÍTULO XIX - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.54. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino, ainda que a referência específica seja relativa ao gênero feminino.

Art.55. A CELOS não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário Titular ou do Beneficiário Agregado que contrarie as normas e rotinas contidas neste Regulamento.

Art.56. Os casos omissos no presente Regulamento serão resolvidos em primeira instância pela Diretoria Executiva da CELOS e em segunda instância pelo Conselho Deliberativo da CELOS, ouvido, quando for o caso, o Comitê Assistencial.

Art.57. Qualquer tolerância ou liberalidade da CELOS em relação à interpretação e aplicação das normas deste Regulamento, não implica perdão, novação, renúncia, alteração do pactuado ou modificação regulamentar.

Art.58. O Beneficiário Titular e/ou Beneficiário Agregado autoriza a CELOS a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art.59. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

Art.60. A CELOS não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Regulamento entre os Beneficiários Titular ou seu Beneficiário Agregado e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CELOS.

Art.61. O Beneficiário Titular e Beneficiário Agregado estão cientes acerca do tratamento de seus dados pessoais pela CELOS, inclusive aqueles considerados sensíveis. Ambos reconhecem que tal tratamento é indispensável para a prestação dos serviços assistenciais previstos neste Regulamento.

CAPÍTULO XX FORO DE ELEIÇÃO

Art.62. Para dirimir eventuais questões oriundas deste Regulamento fica eleito o Foro



da Comarca do domicílio do Beneficiário Titular, em razão do vínculo com a Convenente, na condição de participante ativo ou assistido.