

Regulamento do Plano Celos Saúde

Registro Produto ANS 471.327/14-3 – 30/05/2022

Vigência: 01/05/2024



SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO | 4 |
| CAPÍTULO II - DA PATROCINADORA E DAS SUAS OBRIGAÇÕES | 4 |
| CAPÍTULO III - DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE..... | 4 |
| CAPÍTULO IV - DO OBJETO E DA NATUREZA DO REGULAMENTO | 6 |
| CAPÍTULO V - DOS BENEFICIÁRIOS | 7 |
| Seção I - Da Inscrição..... | 7 |
| Seção II - Da manutenção e substituição do ascendente..... | 8 |
| Seção III - Da manutenção e substituição do cônjuge ou companheiro | 9 |
| Seção IV - Das Condições de Permanência no Plano para o Titular Demitido/Despedido | 9 |
| Seção V - Das Condições de Permanência no Plano para Titular Aposentado | 9 |
| Seção VI - Das disposições comuns | 10 |
| Seção VII - Do Início de Vigência da Inscrição | 11 |
| Seção VIII - Do Cancelamento da Inscrição e das Condições de Reingresso..... | 11 |
| Seção IX - Dos Direitos e das Obrigações | 13 |
| Seção X - Das Penalidades..... | 13 |
| CAPÍTULO VI - DAS COBERTURAS..... | 14 |
| Seção I - Da Cobertura Ambulatorial..... | 14 |
| Seção II - Das Coberturas Hospitalares e com Obstetrícia | 15 |
| Seção III - Da Cobertura Odontológica | 19 |
| CAPÍTULO VII - DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO | 23 |
| CAPÍTULO VIII - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DA REMOÇÃO | 24 |
| CAPÍTULO IX - DO REEMBOLSO | 24 |
| CAPÍTULO X - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS | 27 |
| CAPÍTULO XI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO | 29 |
| Seção I - Do Cartão Individual de Identificação..... | 29 |



| | |
|---|----|
| Seção II - Das Condições de Atendimento | 30 |
| Seção III - Das Coparticipações..... | 32 |
| CAPÍTULO XII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA | 33 |
| CAPÍTULO XIII - DO PLANO DE CUSTEIO | 34 |
| CAPÍTULO XIV - DA ADMINISTRAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE CELOS | 36 |
| CAPÍTULO XV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS | 37 |
| ANEXO I - PLANO DE CUSTEIO – CONTRIBUIÇÕES MENSASIS | 39 |



CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

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 31.5044 e classificada como Autogestão inscrita no CNPJ sob o nº 82.956996/0001-78, 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.

CAPÍTULO II

DA PATROCINADORA E DAS SUAS OBRIGAÇÕES

Art.2º. Será considerada Patrocinadora toda pessoa jurídica que aderir ao Plano CELOS Saúde por meio da assinatura de Convênio de Adesão, respeitadas as disposições da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde – ANS nº 137/2006 e suas alterações, sobre ingresso de patrocinador, para a oferta do Plano CELOS Saúde aos seus empregados, sócios, administradores, desde que respeitadas às condições de inclusão de Beneficiários previstas neste Regulamento.

Art.3º. São obrigações das Patrocinadoras:

- I. Efetuar o desconto, em folha de pagamento de seus empregados inscritos no Plano CELOS Saúde, das contribuições e coparticipações devidas, repassando-as à CELOS, conforme disposto neste Regulamento.
- II. Efetuar o pagamento de suas contribuições mensais ao Plano CELOS Saúde, conforme disposto neste Regulamento.
- III. Acompanhar, junto à CELOS, o desempenho do Plano CELOS Saúde.

CAPÍTULO III

DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art.4º. A CELOS oferecerá o plano privado de assistência à saúde, objeto deste Regulamento, aos Empregados das Patrocinadoras e seus dependentes, bem como aos Assistidos inscritos no Plano Misto e no Plano Transitório, ou nos planos previdenciários que sucedê-los, administrados pela CELOS.

Parágrafo Único. O Plano CELOS Saúde registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS sob o nº. 471.327/14-3 possui as seguintes características gerais:

- I. Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
- II. Segmentação Assistencial:** Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
- III. Área Geográfica de Abrangência:** Estadual;
- IV. Área de Atuação:** Estado de Santa Catarina;
- V. Padrão de Acomodação em Internação:** Individual;
- VI. Formação do Preço:** Pré-estabelecido.

Art.5º. Além das coberturas obrigatórias, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – Agência Nacional de Saúde, vigente a época do evento, a CELOS determina que o Plano CELOS Saúde assegure serviços e coberturas adicionais para:

I. Os seguintes procedimentos, na segmentação odontológica:

a) CIRURGIA:

- Artoplastia para luxação recidivante da articulação temporo mandibular;
- Enxerto gengivalconjuntivo;
- Enxerto ósseo autógeno em bloco ou combinado com levantamento de seio maxilar para implante;
- Enxerto ósseo autógeno particulado para alveolite ou para levantar seio maxilar para implante;
- Enxerto ósseo liofilizado inorgânico: para: levantamento maxilar no implante, alveolite, pediculado;
- Fratura alveolar fixação com aparelho e contenção redução cruenta;
- Fratura arco zigomático redução, com ou sem fixação;
- Fratura comunitiva de mandíbula redução cirúrgica com fixação óssea e bloqueio intermaxilar eventual;
- Fratura naso etmoide orbito etmoidal;
- Fratura simples ou complexa de mandíbula redução com fixação óssea e bloqueio intermaxilar eventual;
- Fratura maxila tipo Lefort I e II redução e fixação zigomática maxilar com bloqueio intermaxilar eventual;
- Fratura maxila tipo Lefort I e II redução e fixação: crânio-maxilar ou com síntese óssea, levantamento e bloqueio intermaxilar eventual;
- Fratura maxila tipo Lefort III redução e fixação crânio ou aplicação de levantamento crânio-maxilar ou síntese óssea com bloqueio intermaxilar eventual;
- Redução incruenta fratura simples de mandíbula com Contenção de bloqueio intermaxilar eventual;
- Redução fratura de seio frontal;
- Ressecção de tumor de mandíbula com desarticulação de ATM;
- Ressecção parcial (segmentar ou seccional);
- Retirada de enxerto ósseo;
- Retirada dos meios de fixação (na face);
- Tratamento de anquilose de ATM;

- Tracionamento de incluso com finalidade ortodôntica;
- Tratamento conservador de fratura de ossos;

b) DENTISTICA:

- Placa oclusal acrílica e resiliente;

c) PRÓTESE:

- Coroa de jaqueta de cerâmica pura ou sobre pilar cerâmico (inlay e onlay);
- Coroa de jaqueta cerômero, cerômero onlay e inlay e faceta em cerômero;
- Coroa metalo cerâmica / sobre implante;
- Coroa provisória prensada em resina;
- Facetas laminadas de porcelana;
- Fixa adesiva indireta ou direta em metalo plástica;
- Fixa metalo cerâmica e plástica sobre implante;
- Protocolo branemarck para 4 ou 5 implantes;
- Protocolo branemarck provisório para 4 ou 5 implantes;
- Provisória em acrílico com ou sem grampos.

II. Atendimentos médicos e odontológicos, em todo o território nacional, através do sistema de reembolso, conforme regras e condições previstas neste Regulamento, em prestadores de serviços não integrantes da rede credenciada da CELOS (direta ou indireta).

CAPÍTULO IV

DO OBJETO E DA NATUREZA DO REGULAMENTO

Art.6º. O presente Regulamento tem por objeto a regulamentação da prestação continuada de serviços ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e odontologia, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, nos termos estabelecidos no inciso I do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento e com o disposto no presente Instrumento.

Parágrafo único. A prestação dos serviços referidos no caput visa à prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente, naquilo que se aplica ao Plano, e os termos deste Regulamento, em especial, as coberturas ofertadas.

Art.7º. O presente Regulamento, quanto à sua natureza jurídica, caracteriza-se pela bilateralidade, onerosidade, aleatoriedade, presença de vínculo coletivo, ausência de fins lucrativos e inexistência de cunho comercial, sendo gerido por uma instituição de autogestão e

pelo sistema de mutualismo.

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 V

DOS BENEFICIÁRIOS

Seção I - Da Inscrição

Art.8º. O Plano CELOS Saúde atenderá os integrantes das seguintes categorias de Beneficiários:

I. Titular:

- a) Ativo:** É aquele que possui vínculo de trabalho com a Patrocinadora.
- b) Ativo Vinculado:** É aquele que estiver em licença não remunerada na Patrocinadora, ou que tiver vínculo com a CELOS na qualidade de Auto patrocinado do Plano Misto e Transitório, ou que pedir demissão ou for demitido ou despedido sem justa causa ou que tiver aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social-INSS;
- c) Assistido:** É aquele que está em gozo de benefício de prestação continuada no Plano Misto ou no Plano Transitório administrado pela CELOS, ou no plano que vier a sucedê-lo. Também se considera assistido àquele que esteja registrado como Dependente ou beneficiário no Cadastro de Participantes e Beneficiários da CELOS, e passar a condição de pensionista.

II. Dependente:

- a) Cônjuge:** Apresentar Certidão de Casamento;
- b) Companheiro (a):** Apresentar escritura pública declaratória de união estável;
- c) Filho (a) solteiro (a):** até 21 anos de idade ou até 25 anos de idade (incompletos), nesta hipótese, mediante apresentação de comprovante de matrícula em curso de graduação universitária, excluindo cursos de pós-graduação, mestrado, doutorado ou similares;
- d) Filho (a) inválido (a):** Apresentar laudo médico comprobatório com data anterior ao atingimento dos 21 anos de idade;

§1. Manterá a condição de Beneficiário aquele que perder as condições descritas na alínea 'c' do inciso II deste artigo, mas que vier a se invalidar enquanto mantido no Plano CELOS Saúde, mediante laudo médico validado por auditor médico da CELOS.

§2. No caso da alínea 'd' do inciso II deste artigo, a invalidez total e permanente de filho após a perda da condição de dependente não autoriza seu retorno ao Plano CELOS Saúde, salvo se o pedido de inscrição ocorrer antes de completados 21 anos de idade.

Art.9º. Para inscrição ou mudança de categoria no Plano CELOS Saúde serão exigidos os seguintes requisitos e documentos:

I. Titular:

- a)** Estar vinculado à Patrocinadora, mediante contrato de trabalho, ou ao Plano Misto ou ao Plano Transitório administrado pela CELOS, ou ao plano que vier a sucedê-lo, na qualidade de Assistido;

b) Apresentar requerimento de inscrição, instruído com cópia da carteira de identidade e do CPF, e cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

II. Dependente:

a) Cônjuge: Apresentar requerimento de inscrição firmado pelo Titular e cópias de: certidão de casamento civil, carteira de identidade, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS).

b) Companheiro (a): Apresentar requerimento de inscrição firmado pelo Titular, declaração de união estável, firmada e passada em cartório na forma da legislação vigente e demais comprovante a serem exigidos pela CELOS, e cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

c) Filho (a) até 21 anos: Apresentar requerimento de inscrição firmado pelo Titular, cópia da certidão de nascimento ou da carteira de identidade, do CPF e do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

d) Filho (a) entre 21 anos e 25 anos: Apresentar requerimento de inscrição firmado pelo Titular, declaração de matrícula em curso de graduação universitária, em entidade reconhecida pelo MEC, renovada semestralmente ou anualmente, conforme o caso, cópia da carteira de identidade, do CPF e do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

e) Filho (a) inválido (a): Apresentar requerimento específico de inscrição firmado pelo Titular, cópia da certidão de nascimento ou da carteira de identidade, do CPF e de laudo médico declarando a invalidez total e permanente, a ser validada por auditor médico da CELOS, e cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Parágrafo único. As cópias dos documentos pessoais acima referidos serão autenticadas pelo atendente da CELOS, à vista dos originais apresentados no ato do pedido de inscrição.

Art.10. A inscrição dar-se-á mediante preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada a concordância do Titular com os termos deste Regulamento.

Parágrafo único: Haverá alteração da categoria de Ativo para Assistido do Participante em gozo de benefício de prestação continuada dos inscritos, nos Planos Misto ou Transitório administrados pela CELOS.

Seção II - Da manutenção e substituição do ascendente

Art.11. O Titular solteiro que, até a data de 01/04/2001, tiver inscrito pai ou mãe como seu Dependente, por permissão do Regulamento do PLANO AMHOR anteriormente vigente, tem seu direito de manutenção no Plano CELOS Saúde mantido.

§1º. O Titular deverá proceder à substituição do ascendente inscrito, nas ocorrências das seguintes hipóteses:

I. Nascimento de filho (a);

II. Matrimônio (inclusão de cônjuge);

III. Constituição de união estável: inclusão do (a) companheiro (a).

§2º. A substituição de que trata este artigo deverá ocorrer mediante apresentação dos seguintes documentos e/ou execução das seguintes providências:

I. Inclusão de filho (a): devolução do Cartão Individual de Identificação do Plano CELOS Saúde,



do Dependente a ser substituído (pai ou mãe) e cópia da certidão de nascimento ou da carteira de identidade e do CPF, cópia de Cartão Nacional de Saúde (CNS).

II. Inclusão de cônjuge ou de companheiro (a): devolução do Cartão Individual de Identificação do Plano CELOS Saúde, do Dependente a ser substituído (pai ou mãe) e cópia da certidão de casamento ou escritura declaratória de união estável, cópia da carteira de identidade e do CPF, cópia de Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Seção III - Da manutenção e substituição do cônjuge ou companheiro

Art.12. O Titular que tiver inscrito cônjuge ou companheiro (a), diante da separação judicial, divórcio ou rompimento de união estável, poderá substituir o Beneficiário Dependente, pelo novo cônjuge ou novo (a) companheiro (a), desde que apresente os seguintes documentos:

I. Cartão Individual de Identificação do ex-cônjuge/ex-companheiro (a);

II. Requerimento de exclusão acompanhado da cópia da sentença judicial de separação/divórcio ou rompimento de união estável e cópia da petição inicial da separação/divórcio onde estejam especificados os direitos de cada cônjuge, quando for o caso;

III. Requerimento de inclusão, acompanhado da certidão de casamento ou escritura declaratória de união estável, na forma da legislação vigente e demais comprovante a serem exigidos pela CELOS;

IV. Cópia da certidão de nascimento ou da carteira de identidade e CPF do (a) novo (a) companheiro (a) ou novo cônjuge;

V. Cópia da certidão de casamento averbada com homologação de sentença judicial, quando for o caso.

Parágrafo único. Quando por motivo de separação judicial, divórcio ou dissolução de união estável, consensual ou litigiosa, o Beneficiário Dependente permanecer no Plano, o Titular não poderá inscrever no Plano CELOS Saúde, como seu Beneficiário Dependente, o (a) novo (a) consorte.

Seção IV - Das Condições de Permanência no Plano para o Titular Demitido/Despedido

Art.13. O Titular que se demitir ou for despedido da Patrocinadora sem justa causa, terá assegurado direito de manter-se como Ativo Vinculado, por prazo indeterminado, com as mesmas coberturas assistenciais gozadas na vigência do contrato de trabalho, desde que pague integralmente as contribuições devidas do Plano inclusive a parcela de responsabilidade da Patrocinadora.

Parágrafo Único. O direito de permanência no Plano CELOS Saúde, de que trata este artigo, dependerá de requerimento formal do Titular dirigido à CELOS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da comunicação inequívoca ao Beneficiário quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada por ocasião da demissão.

Seção V - Das Condições de Permanência no Plano para Titular Aposentado

Art.14. O Titular ativo que extinguir seu vínculo empregatício com a Patrocinadora por aposentadoria, terá assegurado o direito de manter-se no Plano, por prazo indeterminado, com



as mesmas coberturas assistenciais gozadas na vigência do contrato de trabalho, devendo arcar integralmente com o pagamento das contribuições para o Plano, incluindo a parcela de responsabilidade da Patrocinadora, ressalvadas as hipóteses previstas em Acordo Coletivo de Trabalho em que haverá subsídio patronal.

§1º. O direito de permanência no Plano CELOS Saúde, de que trata este artigo, dependerá de requerimento formal do Titular dirigido à CELOS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da Patrocinadora, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

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

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

Seção VI - Das disposições comuns

Art. 15. O Plano CELOS Saúde destina-se aos empregados das Patrocinadoras, aos Assistidos dos planos Misto e Transitório, aos ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, bem como aos seus respectivos dependentes, nos termos deste Regulamento e de suas alterações posteriores, aprovadas pelo Conselho Deliberativo da CELOS, observadas as disposições aplicáveis definidas em Acordo Coletivo de Trabalho, em avaliação atuarial, e na legislação vigente aplicada aos planos de saúde.

§1º. O direito garantido neste Capítulo será assegurado independente do tempo de contribuição do Titular para o Plano.

§2º. O direito à manutenção no Plano CELOS Saúde, de que trata as Seções IV e V acima, poderá ser exercido individualmente pelo Titular ou estendido também a seu grupo familiar inscrito na vigência do contrato de trabalho, sendo permitidas novas inscrições apenas de novo cônjuge ou filho do Titular mantido.

§3º. Em caso de morte do Titular mantido, o direito de permanência é assegurado aos Dependentes inscritos no Plano CELOS Saúde, conforme regra estabelecida para manutenção do Titular, desde que um dos Dependentes assumam a condição de responsável financeiro, assumindo integralmente a contribuição respectiva do Plano, em razão da inscrição de todo o grupo familiar, incluso a parcela de responsabilidade das Patrocinadoras ressalvadas as hipóteses previstas em Acordo Coletivo de Trabalho em que haverá subsídio patronal.

§4º. Os direitos assegurados neste artigo não excluem vantagens concedidas aos Beneficiários,



em razão de negociações coletivas de trabalho.

§5º. Os custos decorrentes da concessão das vantagens mencionadas no parágrafo anterior serão assumidos pela Patrocinadora.

§6º. O direito de manutenção no Plano CELOS Saúde deixará de existir caso o antigo empregador retire sua condição de Patrocinador do plano concedido aos seus empregados Ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou Aposentados.

§7º. É assegurado ao ex-empregado demitido sem justa causa ou Aposentado ou seus Dependentes vinculados ao Plano, durante o período de manutenção da condição de Beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras.

§8º. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras do CONSU nº 19/99.

Seção VII - Do Início de Vigência da Inscrição

Art.16. A data de inscrição no Plano CELOS Saúde para atendimentos de coberturas assistenciais, contagem de carência e cobrança de mensalidades, será a data do deferimento do pedido de inscrição que será registrada pela CELOS após análise das condições de elegibilidade bem como documentação encaminhada e que constará no cartão de identificação do beneficiário.

Parágrafo único. Quando já incluso o Titular, a inclusão posterior de dependentes terá como data de início de vigência da inscrição e contagem das carências, a data de aprovação do dossiê do beneficiário, o qual será submetido à análise cadastral pela operadora e que constará do cartão de identificação dos beneficiários tendo em vista que os dependentes podem ser inscritos a qualquer momento.

Seção VIII - Do Cancelamento da Inscrição e das Condições de Reingresso

Art.17. Caberá à Patrocinadora solicitar a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I. Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- II. Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário perder quaisquer dos requisitos justificadores de sua inscrição no Plano CELOS Saúde previstos no art. 8º do Regulamento.

Art.18. A CELOS poderá excluir os Beneficiários, sem a anuência da Patrocinadora, nas seguintes hipóteses:

- I. Em caso de fraude ao Plano ou dolo;
- II. Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III. Perda da qualidade de Dependente no caso do Beneficiário perder quaisquer dos requisitos



justificadores de sua inscrição no Plano CELOS Saúde previstos no art. 8º do Regulamento;

IV. Quando o Titular não efetuar o pagamento da contribuição mensal ou da coparticipação de sua responsabilidade, por período superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de adesão.

§1º. Considera-se perda da qualidade de Titular:

- I.** Voluntariamente, em solicitação por escrito do Titular;
- II.** Por aplicações das penalidades de exclusão, nos termos deste Regulamento;
- III.** Falecimento;
- IV.** Decisão judicial;
- V.** Outras situações previstas em Lei.

§2º. O Titular Ativo que perder essa condição em virtude da extinção do vínculo com a Patrocinadora por pedido de demissão, despedida sem justa causa e aposentadoria, poderá se manter no plano, na qualidade de Titular Ativo Vinculado, observando as regras e condições estabelecidas nas Seções IV e V do Capítulo V do presente Regulamento.

§3º. Deverá o Titular efetuar a solicitação de desligamento à CELOS enviando com 60 (sessenta) dias de antecedência, observado o tempo mínimo de 12 meses de vinculação ao Plano CELOS Saúde, instruída com a prova da quitação das contribuições, incluindo a parcela de responsabilidade da Patrocinadora.

§4º. Se o Titular se desligar do Plano CELOS Saúde antes do esgotamento do prazo mínimo de permanência de 12 meses, ficará sujeito ao pagamento da diferença apurada entre as contribuições pagas e as despesas destinadas à cobertura dos atendimentos prestados a si próprio e aos Dependentes do seu grupo familiar.

Art.19. Na hipótese, do Titular não comprovar a condição de universitário de seu Dependente, semestral ou anualmente, conforme a natureza do curso de graduação universitária, este será excluído automaticamente do Plano.

Parágrafo único: O Dependente poderá ser reinscrito no Plano CELOS Saúde, isento de carências, desde que comprove a condição universitária e recolha de forma antecipada, o valor da taxa de inscrição estabelecido e divulgado pela CELOS.

Art.20. O Titular excluído poderá reingressar no Plano CELOS Saúde, ficando sujeito ao cumprimento das carências regulamentares, além do pagamento de quaisquer débitos remanescentes.



Seção IX - Dos Direitos e das Obrigações

Art.21. São direitos dos Beneficiários:

- I. Acompanhar o desempenho do CELOS Saúde;
- II. Recorrer formalmente, à Diretoria Executiva, quando no seu relacionamento com a CELOS, sentir-se prejudicado;
- III. Obter informações relativas às despesas realizadas com sua assistência e de seus Dependentes;
- IV. Encaminhar sugestões, denúncias e críticas à Diretoria da CELOS.

Art.22. São obrigações dos Beneficiários:

- I. Manter-se informado sobre o Regulamento do Plano CELOS Saúde, zelando por sua correta aplicação;
- II. Efetuar o pagamento de sua contribuição mensal, conforme estabelecido neste Regulamento;
- III. Efetuar o pagamento das coparticipações estabelecidas neste Regulamento;
- IV. Efetuar as inscrições e cancelamentos de inscrições de seus Dependentes, responsabilizando-se por informar à CELOS qualquer alteração na situação de seus Dependentes, que altere requisitos estabelecidos neste Regulamento, tais como estado civil, união estável, emancipação, renda, mudança de categoria;
- V. Devolver à CELOS os cartões de identificação, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus Dependentes, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes no Plano CELOS Saúde;
- VI. Prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a perícia ou exames, assim como seus Dependentes, quando solicitados pela CELOS.

Seção X - Das Penalidades

Art.23. Constitui falta grave o uso indevido do Cartão de Identificação do CELOS SAÚDE, bem como o cometimento de fraude, que implicará a aplicação das seguintes penalidades:

- I. Suspensão, por 6 (seis) meses, da oferta das coberturas previstas neste Regulamento ao Titular e/ou ao seu Dependente, sem prejuízo do pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela de responsabilidade da Patrocinadora;
- II. Exclusão do Titular e/ou de seu Dependente pelo uso indevido reincidente;

§1º. Considera-se uso indevido a utilização do Cartão Individual de Identificação para obter atendimento, mesmo que na forma pactuada neste Regulamento, pelo Beneficiário que perder essa condição, ou, em qualquer hipótese, por terceiro, que não seja Beneficiário.

§2º. O uso indevido do Cartão de Identificação de qualquer Beneficiário, a critério da CELOS, implicará a responsabilidade civil do Titular.

§3º. No caso de suspensão do Titular ou de seu Dependente por cometimento de fraude ao Plano CELOS Saúde, caberá à Área Assistencial da CELOS providenciar o levantamento das despesas geradas em função do ato ilícito, cuja responsabilidade de pagamento será integral do Titular.

CAPÍTULO VI

DAS COBERTURAS

Art.24. O Plano CELOS Saúde cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e procedimentos odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CELOS, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano CELOS Saúde, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS.

Seção I - Da Cobertura Ambulatorial

Art.25. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observados as seguintes coberturas:

I Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, fisioterapia e acupuntura, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; I.1) 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 assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

III. 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 à época do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

IV. Consultas e sessões com nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, solicitadas e indicadas pelo médico assistente, limitadas ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, bem como de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas e na regulamentação da ANS;

V. Consultas e sessões de fonoaudiologia e psicologia, solicitadas e indicadas pelo médico assistente, limitadas a 48 sessões anuais, salvo se estabelecido limite maior no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observando-se as

Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS.

VI. Consulta e sessões de Psicoterapia, solicitadas e indicadas pelo médico assistente, limitadas ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, bem como de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

VII. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal-CAPD;

IX. 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, conforme prescrição do médico assistente, que independentemente da via de administração e classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde dentro de Unidade de Saúde;

a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

X. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásicos 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;

XI. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial;

XII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial.

XIII. Hemoterapia ambulatorial;

XIV. 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 graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC; com 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.

Seção II - Das Coberturas Hospitalares e com Obstetrícia

Art.26. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. Internação hospitalar, em clínica básica especializada, centro de terapia intensiva, similar sem limite de dias, solicitado pelo médico assistente;

II. Despesa referente a honorário médico, serviço geral 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 assistente 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;

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, respeitando-se a segmentação hospitalar.

IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento hospitalar com obstetrícia, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;

VI. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

a) Cabe ao médico ou dentista assistente à prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, prótese e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) O profissional Solicitante deve justificar clinicamente sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto a ANVISA, que atendam as características especificadas, ficando a escolha da CELOS.

c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CELOS, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CELOS.

d) O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela CELOS para a composição da junta médica.

VI. 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 utilizado durante o período de internação hospitalar;

VII. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizada durante o período de internação hospitalar;

a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do

beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;

b) O cirurgião-dentista e/ou o médico assistentes irão 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;

c) O honorário do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizado em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

VIII. Procedimento considerado especial, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal-CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial.

c) Medicamentos para tratamento antineoplásicos domiciliar de uso oral, 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: procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

e) Hemoterapia;

f) Nutrição parenteral e enteral;

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

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

i) Radiologia intervencionista;

j) Exame pré-anestésico e pré-cirúrgico;

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

IX. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

X. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

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

a) Despesas assistenciais com doadores vivos;

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 na forma de ressarcimento ao SUS;

- XI. 1.** O procedimento de transplante, no âmbito da prestação de serviço de saúde suplementar, estará submetido à legislação específica vigente.
- XI. 2.** O Beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDO e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção;
- XI. 3.** A entidade privada e equipe especializada deverão observar o regulamento técnico legislação vigentes do Ministério da Saúde que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante — SNT;
- XI. 4.** São competências privativas da CNCDO, 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.
- XII.** Procedimento relativo ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XIII.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 dias para internação;
- XIV.** Atendimento em caráter de home care, conforme previsto neste Regulamento (Cap. XII – Seção II – Art.45 -§4°).

Art.27. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I.** Atendimento ambulatorial e em consultório será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- II.** Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;
- III.** Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS;
- III. 1.** Entende-se por 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.** Os casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos haverá coparticipação de 20% (vinte por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, por ano, contínuos ou não.

Art.28. O presente Regulamento garante, ainda:

- I.** Atendimento no caso de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35C da Lei 9.656/1998, previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) determinadas pela regulamentação da ANS, vigente na data do evento;
- II.** Procedimentos e Eventos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS,

em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;

III. Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, regularizados e registrados e que suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

VI. Remoção e/ou retirada 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.

Seção III - Da Cobertura Odontológica

Art.29. A cobertura odontológica compreende atendimentos odontológicos, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, bem como os procedimentos determinados pela CELOS, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

I. DIAGNÓSTICO:

- a) Consulta Odontológica inicial;
- b) Condicionamento em odontologia;
- c) Teste de fluxo salivar;
- d) Diagnóstico anatomopatológico, peça cirúrgica material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial;
- e) Teste de PH salivar (acidez salivar).

II. URGÊNCIA / EMERGÊNCIA:

- a) Tratamento de odontalgia aguda;
- b) Imobilização dentária temporária;
- c) Recimentação de peça/trabalho protético;
- d) Tratamento de alveolite;
- e) Colagem de fragmentos dentários;
- f) Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- g) Reimplante de dente avulsionado com contenção;
- h) Restauração temporária;
- i) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
- j) Remoção fratura dental;
- k) Endo-pulpectomia;

III. RADIOLOGIA:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal -bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- e) Radiologia ATM;
- f) Telerradiografia;
- g) RX mão;
- h) Tomografia face;

IV. PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a) Atividade Educativa em saúde bucal;
- b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c) Aplicação Tópica de Flúor;
- d) Profilaxia -polimento coronário;
- e) Profilaxia por arco;
- f) Aplicação de selante;
- g) Dessensibilização dentária;
- h) Remineralização dentária;
- i) Terapêutica básica;

V. DENTÍSTICA: a)Aplicação

de cariostático;

- b) Adequação do meio bucal;
- c) Restauração em amálgama;
- d) Faceta em resina fotopolimerizável;
- e) Restauração resina fotopolimerizável;
- f) Núcleo de preenchimento;
- g) Ajuste oclusal;
- h) Restauração em ionômero de vidro;
- i) Restauração em resina fotopolimerizável;
- j) Restauração temporária /tratamento expectante;
- k) Tratamento restaurador atraumático
- l) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana);
- m) Restauração inlay e onlay, indireta metálica;

VI. PERIODONTIA:

- a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
- c) Imobilização dentária temporária ou permanente;
- d) Gengivectomia/gengivoplastia;
- e) Aumento de coroa clínica;
- f) Cunha proximal;
- g) Cirurgia periodontal a retalho;

- h)** Tratamento de abscesso periodontal;
- i)** Enxerto;
- j)** Rizectomia;
- k)** Manutenção tratamento cirúrgico;
- l)** Enxerto gengival livre;
- m)** Enxerto pediculado.

VII. ENDODONTIA:

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

VIII. CIRURGIA:

- a)** Alveoloplastia;
- b)** Apicectomia com ou sem obturação retrógrada;
- c)** Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d)** Coroa provisória prensada em resina;
- e)** Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- f)** Cirurgia para tórus/exostose;
- g)** Exérese ou Excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;
- h)** Exodontia a retalho;
- i)** Exodontia de raiz residual;
- j)** Exodontia simples de permanente;
- k)** Exodontia simples de decíduo;
- l)** Redução de fratura alvéolo dentária;
- m)** Frenotomia/Frenectomia labial;
- n)** Frenotomia/Frenectomia lingual;
- o)** Implante;
- p)** Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- q)** Redução fratura: malar, simples, cominutiva, complexa, maxila;
- r)** Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- s)** Tratamento de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos / cartilagosos na mandíbula/maxila;
- t)** Tratamento de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco maxilo-facial;
- u)** Tratamento de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- v)** Ulectomia/Ulotomia;

- w) Amputação radicular com ou sem obstrução retrógrada;
- x) Osteoplastia e osteotomias;
- y) Reconstrução da mandíbula;
- z) Palatoplastia;
- aa) Ressecção tumoral;
- ab) Hemimandibulectomia, mandibulectomia;
- ac) Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- ad) Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- ae) Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
- af) Bridectomia/ bridotomia;
- ag) Odonto-secção;
- ah) Redução de luxação da ATM;.
- ai) Tracionamento inclusos;
- aj) Tunnelização.

IX. ODONTOPEDIATRIA:

- a) Fluoroterapia;
- b) Aplicação cariostático;
- c) Ulotomia e ulectomia;
- d) Pulpotomia;
- e) Endodontia deciduos;
- f) Exodontia deciduos;
- g) Sessão condicionamento;
- h) Mantenedor;

X. PRÓTESE DENTAL:

- a) Coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de RMF;
- b) Coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c) Coroa total de cerômero unitária -inclui peça protética;
- d) Coroa total metálica unitária -inclui peça protética;
- e) Núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado -inclui a peça protética;
- f) Restauração metálica fundida (RMF) unitária-inclui peça protética;
- g) Prótese total ou parcial, fixa e provisória;
- h) Overdenture superior e inferior;
- i) Placa, ajuste oclusal e expansora removível;

XI. ORTODONTIA:

- a) Djuntor palatino;
- b) Manutenção ortodôntica;
- c) Placa Hanley;
- d) Arco lingual.



Art.30. A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica.

CAPÍTULO VII

DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art.31. As internações hospitalares ocorrerão em acomodações individuais, conhecidas como apartamentos standard/privativo, com direito a um acompanhante.

§1º. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo CELOS Saúde, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

§2º. Haverá cobertura para alimentação somente ao acompanhante de paciente com idade até 21 (vinte e um) anos e igual ou superior a 60 (sessenta) anos, ou portador de necessidades especiais desde que prescrito pelo médico ou cirurgião-dentista assistente e autorizado pela CELOS.

§3º. Estão cobertas as despesas, conforme indicação do médico assistente e previsão da Lei nº. 11.108, de 7 (sete) de abril de 2005, relativa a um acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), limitadas àquelas fornecidas pelo hospital.

§4º. O direito a acompanhante no momento do parto, previsto neste Regulamento, estará coberto somente quando o médico assistente ou a equipe do hospital concordem com a sua presença.

§5º. Não serão pagas as despesas de internação hospitalar decorrentes de procedimentos sem cobertura pelo Plano CELOS Saúde.

§6º. Não haverá o direito a acompanhante quando o paciente estiver internado em leito de tratamento intensivo que não permita a presença de acompanhante.

CAPÍTULO VIII

DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DA REMOÇÃO

Art. 32. Considera-se:

- I. Atendimento de urgência: o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II. Atendimento de emergência: o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 33. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao Plano CELOS Saúde.

Art. 34. Será garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

CAPÍTULO IX

DO REEMBOLSO

Art. 35. O Plano CELOS Saúde assegurará o reembolso ao Titular, nos limites das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde:

- I. Atendimentos médicos e odontológicos quando o beneficiário for atendido em todo o território nacional;
- II. Os reembolsos relativos às despesas de taxas e diárias hospitalares respeitarão o limite do maior valor pago na rede da CELOS no Estado de Santa Catarina;
- III. Apenas para prestadores de serviços que não mantêm contrato com a CELOS, ainda que integrantes da rede credenciada pela Operadora de forma indireta (Unimed ou da Uniodonto).

§1º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela do Plano, vigente à data do evento, que não serão inferiores aos praticados pela CELOS na sua rede credenciada, descontados eventuais valores de coparticipação (Cap. XI – Seção III – Art. 53), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos que atendam à comprovação da despesa efetuada.

§2º. A Tabela do Plano CELOS Saúde está registrada no 3º Registro de Títulos e Documentos de



São Paulo, sob nº 8126160, estando também disponível na sede da CELOS e no site www.celos.com.br. Sempre que houver alteração na referida tabela, conforme negociações com os prestadores a tabela será novamente registrada.

§3º. Os esclarecimentos a respeito da Tabela do Plano CELOS Saúde podem ser obtidos na sede da CELOS ou pelo telefone 0800 48 3030.

§4º. Quaisquer débitos do Titular relativos ao Plano CELOS Saúde serão abatidos do crédito de reembolso.

§5º. Somente serão reembolsadas as despesas referentes às notas fiscais ou recibos de pagamentos apresentados à CELOS até 12 (doze) meses da data da respectiva emissão.

§6º. O reembolso das despesas com acupuntura somente será realizado se apresentado recibo de pessoa física ou nota fiscal de jurídica identificando o médico que realizou o procedimento.

§7º. Para validação do reembolso das despesas com fisioterapia, acupuntura, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição faz-se necessária à apresentação do encaminhamento do médico assistente.

Art.36. O Titular será reembolsado em 50% (cinquenta por cento) do valor da despesa decorrente da aquisição de medicamentos específicos para o tratamento de doenças crônicas conforme Rol abaixo, desde que conste em laudo médico comprobatório, preenchido em formulário padrão da CELOS e aprovado pelo médico auditor da CELOS:

I. Acidente vascular cerebral;

II. AIDS;

III. Agranulocitose;

IV. Anemia aplástica;

V. Artrite reumatoide;

VI. Cirrose hepática;

VII. Diabetes mellitus;

VIII. Dislipidemias;

IX. Dermatomiosite;

X. Doença de Crohn;

XI. Doença de Paget;

XII. Doenças coronarianas;

XIII. Doença inflamatória crônica intestinal;

XIV. Doença pulmonar obstrutiva crônica;

XV. Doença refluxo gastroesofágico;

XVI. Embolia pulmonar;

XVII. Endocrinopatias;

XVIII. Endometriose;

XIX. Epilepsia;

- XX. Esclerose sistêmica;
- XXI. Espondiloartropatias;
- XXII. Esofagite;
- XXIII. Febre reumática;
- XXIV. Glaucoma;
- XXV. Hanseníase;
- XXVI. Hepatite crônica tipo b;
- XXVII. Hepatite crônica tipo c;
- XXVIII. Hiperplasia prostática benigna;
- XXIX. Hipertensão arterial sistêmica;
- XXX. Insuficiência arterial periférica;
- XXXI. Insuficiência cardíaca;
- XXXII. Insuficiência renal crônica;
- XXXIII. Lúpus eritematoso sistêmico;
- XXXIV. Mal de Parkison;
- XXXV. Neoplasia maligna;
- XXXVI. Osteoartrose;
- XXXVII. Osteoporose;
- XXXVIII. Pancreatite crônica;
- XXXIX. Psicose;
- XL. Psoríase;
- XLI. Poliarterite nodosa;
- XLII. Policetemia vera;
- XLIII. Retocolite ulcerativa inespecífica;
- XLIV. Síndrome de Sjogrem;
- XLV. Síndrome do olho seco;
- XLVI. Transplante de órgãos;
- XLVII. Tuberculose;
- XLVIII. Trombocitose;
- XLIX. Trombose venosa profunda;
- L. Úlcera de estase;
- LI. Úlcera gástricas e duodenais.

§1º. A cobertura do reembolso valerá a partir da data de emissão do laudo do médico assistente, se cadastrada na CELOS no prazo de 30 dias. Após este prazo, a data de referência para reembolso será a data de aprovação do médico auditor da CELOS.

§2º. A quantidade de medicamentos a ser reembolsado ao Titular será limitada ao prescrito pelo médico assistente.

CAPÍTULO X

DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Art.37. Estão excluídos da cobertura do Plano CELOS Saúde os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I. Procedimentos que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CELOS sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da inscrição ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições regulamentares;
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamento, produto para a saúde ou técnica não registrado/não regularizado no país, bem como, aquele considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina-CFM, e, ainda, aquele cuja indicação não conste bula/manual registrada na ANVISA (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 sejam 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 emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínica de emagrecimento, repouso, estância hidromineral, estabelecimento 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 à época do evento;
- IX. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- X. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvadas as hipóteses de reembolso previstas neste Regulamento assim como os 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 na época do evento, nos termos estabelecidos no presente instrumento;
- XI. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação Hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde — CONITEC;

- XII. 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 e/ou os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- XIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XIV. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XV. Internação hospitalar para fins de repouso;**
- XVI. Estada em estância hidromineral e climática, mesmo por indicação médico.**
- XVII. Serviços extraordinários eventualmente prestados pelo hospital, direta ou indiretamente, e não relacionados estritamente com o tratamento do Beneficiário como telefonemas, telegramas, etc.;**
- XVIII. Mamoplastia, ainda que por hipertrofia e/ou repercussão na coluna vertebral, ou após cirurgia de mama;**
- XIX. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- XX. Serviço de enfermagem particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XXI. Procedimento não discriminado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, ou não previsto neste Regulamento;**
- XXII. Confecção compra conserto, ajuste, aluguel de aparelhos ortopédicos em geral, colchões, cadeiras, óculos, lentes oculares e aparelho para surdez;**
- XXIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares**
- XXIV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;**
- XXV. Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 21 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais;**
- XXVI. Despesa de acompanhante, exceto da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXVII. Despesa hospitalar extraordinária como: serviços telefônicos uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavar roupa, produto de toalete, higiene pessoal e outras despesas não vinculadas à cobertura do Regulamento;**
- XXVIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXIX. Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXX. Avaliação pedagógica;**
- XXXI. Orientações vocacionais;**
- XXXII. Psicoterapia com objetivos profissionais;**
- XXXIII. Especialidade médica ou Odontológica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e Odontologia;**
- XXXIV. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo que em caráter de urgência e emergência;**
- XXXV. Remoção domiciliar;**

- XXXVI.** Exame para piscina, ginástica, necropsia, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo;
- XXXVII.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXVIII.** Procedimentos Odontológicos para fins estéticos;
- XXXIX.** Substituição de restaurações odontológicas para efeitos estéticos;
- XL.** Disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- XLI.** Tratamento ortodôntico, fornecimento, aluguel e aquisição de equipamento e aparelho ortodôntico, perda ou quebra desses, ressalvada a manutenção ortodôntica prevista neste Regulamento;
- XLII.** Prótese odontológica, salvo a prevista expressamente neste regulamento;
- XLIII.** Transplante odontológico ósseo;
- XLIV.** Serviço odontológico com material importado, porcelana ou metal nobre;
- XLV.** Restauração odontológica com resina fotopolimerizável em dente posterior exclusivamente para fins estéticos;
- XLVI.** Necropsia de adulto, criança, feto e exame de placenta preparação de corpo, taxa de morgue, velório e afins;
- XLVII.** Qualquer forma de medicina alternativa (Shiatsu, Do-In, Fitoterapia, Ventosas, Moxabustão, Florais de Bach, etc);
- XLVIII.** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO XI

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I - Do Cartão Individual de Identificação

Art.38. O Plano CELOS Saúde fornecerá ao Titular e Dependente o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Regulamento.

Parágrafo único. A emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação ficará condicionada ao recolhimento antecipado do valor correspondente ao custo de sua emissão.

Art.39. É obrigação do Beneficiário, na hipótese de cancelamento de sua inscrição no Plano CELOS Saúde, devolver o respectivo Cartão Individual de Identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CELOS, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CELOS, a partir da exclusão do Beneficiário.

Seção II - Das Condições de Atendimento

Art.40. O Plano CELOS Saúde prestará seus serviços por meio dos seguintes sistemas:

I. Escolha dirigida: compreende atendimento prestado aos Beneficiários no âmbito do Estado de Santa Catarina, por meio de:

- a) Rede credenciada pela CELOS;
- b) Rede terceirizada, formada por meio de convênios de reciprocidade com entidades congêneres ou de contratos com operadora de modalidade diversa, observando a regulamentação da ANS em vigor.

II. Livre escolha: compreende o ressarcimento de despesas pagas diretamente pelo Beneficiário a profissionais e estabelecimentos não credenciados, conforme valores especificados na tabela de serviços contratada para a rede credenciada da CELOS, em vigor na data do atendimento.

Art.41. Serão disponibilizadas informações da Rede de Prestadores de Serviço Credenciados pelo Plano CELOS Saúde, na forma da legislação aplicável.

Art.42. A CELOS reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecendo aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme Art. 17 da Lei nº. 9.656/1998, ou em virtude de permissão decorrente de Lei ou de ato normativo do órgão regulador e fiscalizador.

§1º. 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.

§2º. Caso a CELOS decida substituir entidade hospitalar, durante período de internação de Beneficiário, será garantido pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar determinada pelo médico assistente, exceto caso de infração à norma sanitária, a CELOS providenciará à suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo continuação da assistência à saúde.

§3º. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia do Conselho Deliberativo da CELOS, e da ANS, bem como a alteração cadastral na ANS.

Art.43. As consultas médicas e odontológicas serão efetuadas em consultórios ou em clínicas de livre escolha do Beneficiário.

Art.44. Os serviços de diagnóstico e de terapia descritos neste Regulamento, incluindo exames, somente poderão ser realizados se solicitados por profissional habilitado e dependerão de autorização prévia da CELOS, à exceção dos exames e procedimentos cujo custeio não ultrapasse o valor correspondente a 6 (seis) consultas médicas, conforme valores especificados na Tabela do Plano CELOS Saúde mencionada no §2º do art. 35 do presente Regulamento.

Art.45. A internação será processada mediante autorização da CELOS após a análise da guia de

internação expedida pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista da internação.

§1º. Não será permitida a internação para realização de exame com o único fim de esclarecimentos de diagnóstico, quando o procedimento puder ser realizado em ambulatório.

§2º. No caso de internação em maternidade, o atendimento será efetuado pelo médico de plantão.

§3º. Não serão pagas as despesas de internação decorrentes de procedimentos sem cobertura pelo Plano CELOS Saúde.

§4º. Será paga internação hospitalar no ambiente domiciliar, Home Care, condicionada ao agravamento da doença, evoluindo para estágio terminal; não será liberado Home Care para pacientes com sequelas irreversíveis de longo prazo, decorrentes de doenças ou acidentes de qualquer natureza.

Art.46. As internações hospitalares e/ou realização de exames complementares a serem efetuados fora do Estado de Santa Catarina, bem como as internações Hospitalares psiquiátricas, estão condicionadas à emissão de autorização prévia pela CELOS.

Art.47. A autorização prévia, nos casos citados neste Regulamento, poderá ser obtida na CELOS.

§1º. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CELOS garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

§2º. Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica/odontológica, para definição do impasse, constituída esta pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico/cirurgião dentista da CELOS e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados. Cujo Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença à rede de credenciados da CELOS.

§3º. No caso de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CELOS não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art.48. Para cobertura dos serviços de psicologia e fonoaudiologia, o Plano CELOS Saúde garantirá a cobertura na forma estabelecida neste instrumento.

Art.49. A CELOS se reserva o direito de efetuar perícia em qualquer procedimento, sempre que

julgar a medida necessária.

Art.50. A CELOS não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com o prestador do atendimento ou do serviço, correndo estas despesas por conta exclusivas do Beneficiário.

Art.51. Não caberá responsabilidade alguma a CELOS, ao Plano CELOS Saúde, ou às Patrocinadoras por imperícia, erro ou omissão de quaisquer profissionais da área da saúde que, direta ou indiretamente, participem do tratamento, inclusive de quaisquer prepostos do estabelecimento hospitalar designado ou escolhido.

Seção III - Das Coparticipações

Art.52. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CELOS, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus Dependentes.

Parágrafo Único: Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular, será cobrado coparticipação, nos procedimentos realizados pelo Titular ou por quaisquer Dependente de seu grupo familiar, no percentual/valor estabelecido neste Regulamento.

Art.53. Coparticipação para os casos enquadrados no Segmento Ambulatorial deste Plano são:

- I. 50% (cinquenta por cento) para Consultas;
- II. 50% (cinquenta por cento) para Exames Básicos de Apoio Diagnóstico;
- III. 20% (vinte por cento) para Exames Especiais de Apoio Diagnóstico;
- IV. 20% (vinte por cento) para todos os procedimentos a nível ambulatorial, ou em hospital-dia, limitado a R\$ 200,00 (duzentos reais) por evento ocorrido.

§1º. As Patrocinadoras poderão ser responsáveis pelo pagamento da coparticipação do beneficiário nos termos estabelecidos no Acordo Coletivo de Trabalho.

§2º. Exames especiais referem-se a alto nível de tecnologia agregado ao procedimento, incluído materiais, taxas e medicamentos.

§3º. Coparticipação para Procedimentos realizados em regime de Internação Clínica será de R\$ 200,00 (duzentos reais).

§4º. Coparticipação de 20% (vinte por cento) em todos os procedimentos odontológicos, à exceção de prevenção e urgência/emergência.

§5º. Coparticipação de 20% (vinte por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados em psiquiatria, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.

§6º. Haverá isenção da coparticipação para os procedimentos realizados em regime de internação hospitalar cirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, serviços de urgência e

prevenção odontológicos.

Art.54. Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento.

Art.55. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do Plano, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

CAPÍTULO XII

DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art.56. Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados ao Beneficiário regularmente inscrito, após o cumprimento dos seguintes prazos de carências, contados a partir da data de início da adesão ao Plano CELOS Saúde:

- I. Urgência ou Emergência médica e odontológica: 24 (vinte e quatro) horas;
- II. Consultas todas as especialidades: 24 (vinte e quatro) horas;
- III. Exames e tratamentos médicos e odontológicos: 90 (noventa) dias;
- IV. Parto a termo: 300 (trezentos) dias;
- V. Internações: 180 (cento e oitenta) dias;
- VI. Demais casos: 180 (cento e oitenta) dias;

§1º. Não serão exigidas as carências acima previstas ao Titular que solicitar a sua inscrição e do respectivo grupo familiar no Plano CELOS Saúde em até 30 (trinta) dias do ingresso na Patrocinadora.

§2º. O Dependente que passar à condição de Titular, nos termos expressamente admitidos neste Regulamento, ficará isento do cumprimento das carências regulamentares, desde que solicite sua inscrição no Plano CELOS Saúde em até 30 (trinta) dias após a perda das condições de dependência.

§3º. Não serão exigidas as carências acima previstas quando da solicitação de inscrição de Dependentes no Plano CELOS Saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o Plano (a data do nascimento ou da adoção, para a inscrição assegurada do recém-nascido, filho natural ou adotivo, nos termos da Lei nº 9.656/98; a data do casamento, para a inscrição do cônjuge; dentre outros).

§4º. Será aproveitada a carência do Titular para a inclusão do seu filho adotivo, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.

CAPÍTULO XIII

DO PLANO DE CUSTEIO

Art.57. O Plano será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos do Número 1 do Item 11 do Anexo II da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS e suas alterações posteriores.

Art.58. O custeio do Plano CELOS Saúde previsto no Anexo deste Regulamento será atendido pelas seguintes fontes de receita:

I. Contribuição mensal dos Titulares: para cobertura da despesa assistencial, variável em função da faixa etária do Beneficiário, devida por si e por seus Dependentes;

II. Contribuição mensal das Patrocinadoras: para cobertura da despesa assistencial em relação aos Ativos e Ativos Vinculados, pertencentes ao Contrato de Demissão Incentivada da Patrocinadora, aos Assistidos e aos seus respectivos Dependentes, fixada em Acordo Coletivo de Trabalho;

III. Coparticipação do Titular: nas despesas com consultas e exames complementares, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, internação clínica e tratamentos e procedimentos odontológicos, realizadas por ele ou qualquer dependente de sua família, nos termos estabelecidos no presente Regulamento;

IV. Receita de aplicação do patrimônio;

V. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias.

§1º. O Plano de Custeio Anual do Plano CELOS Saúde deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais, eventuais descontos (se houver), valores de patrocínio, coparticipações dos Titulares e Dependentes, das Patrocinadoras, e eventuais novas fontes de receita, além de ser dada publicidade nos canais de comunicação da CELOS, de modo a torná-lo público e acessível aos interessados.

§2º. As contribuições previstas nos incisos I e II do caput deverão ser suficientes para a cobertura das despesas assistenciais e não assistenciais do Plano CELOS Saúde, bem como para a constituição das garantias financeiras exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e de quaisquer outras provisões ou fundos determinados atuarialmente, em função da necessidade do plano.

§3º. O Plano de Custeio Anual do Plano CELOS Saúde será reavaliado anualmente, sendo que eventuais alterações passarão a vigorar de Maio do ano de referencia a Abril do ano subsequente, devendo as referidas alterações ser aprovadas pelo Conselho Deliberativo da CELOS.

§4º. Não é permitida a aplicação de reajuste em qualquer outra data que não a estabelecida no parágrafo precedente.

§5º. Os valores de contribuição mensal e de coparticipações, inclusive seus limites, também

previstos no Plano de Custeio Anual do Plano CELOS Saúde, serão reajustados anualmente, no mês de Maio, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo-IPCA do IBGE apurada nos doze meses imediatamente anteriores ao de aplicação do reajuste.

§6º. Sem prejuízo do reajuste financeiro previsto no parágrafo precedente, os valores de contribuição mensal e de coparticipações, inclusive seus limites, poderão sofrer reajuste técnico, no mês de maio de cada ano, em virtude de desequilíbrio econômico-financeiro do plano, atestado por avaliação atuarial e aprovação do Conselho Deliberativo da CELOS.

§7º. Sem prejuízo do disposto nos parágrafos 5º e 6º acima, os valores de contribuição mensal e coparticipações poderão ser alterados no momento do reajuste anual em razão de novas disposições ajustadas entre Patrocinadora e seus empregados, extensivo aos Assistidos e Ativos Vinculados, firmado em Acordo Coletivo de Trabalho.

§8º. Caracterizam-se desequilíbrio econômico-financeiro do Plano, entre outros fatores:

- a) Ocorrência de sinistralidade superior ao previsto atuarialmente;
- b) Alteração sensível na composição do quadro de Beneficiários;
- c) Custos não previstos na Avaliação Atuarial, imputados por Lei ou por Ato do órgão regulador e fiscalizador;
- d) Contingências judiciais.

Art.59. Qualquer reajuste aplicado ao Plano deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Art.60. Independentemente da data de inclusão dos Titulares ou Dependentes, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente Regulamento, entendendo-se esta como data base única.

Art.61. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas da Agência Nacional de Saúde, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da CELOS para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

Art.62. As contribuições mensais previstas nos incisos I a III do caput do artigo 58 deverão ser repassadas à CELOS até o 5º dia útil do mês subsequente ao de sua referência.

§1º. O recolhimento das contribuições dos Titulares será de responsabilidade da Patrocinadora, processado mediante autorização do Titular, e poderá ocorrer por meio de desconto na folha de pagamentos ou de benefícios ou emissão de boleto bancário, conforme for o caso.

§2º. Não se verificando o recolhimento das contribuições, ficam a Patrocinadora e o Titular sujeitos ao pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito principal, acrescido de juros de 1% ao mês, pró-rata die, independentemente da execução das medidas judiciais ou extrajudiciais cabíveis.



§3º. As mesmas condições previstas no parágrafo anterior se aplicam à Patrocinadora e ao Titular, solidariamente, para o recolhimento das coparticipações e demais despesas vinculadas à utilização dos serviços do Plano.

Art.63. Será constituído Fundo específico, formado pelo saldo remanescente das contribuições, após a dedução dos pagamentos das despesas do Plano.

§1º. Havendo saldo remanescente das contribuições, o Conselho Deliberativo da CELOS poderá deliberar pela concessão de um percentual de desconto no valor das contribuições mensais a cargo dos Titulares e das Patrocinadoras.

§2º. Eventual concessão de desconto terá caráter provisório, devendo ser fixado o prazo de sua concessão, início e fim, pelo Conselho Deliberativo da CELOS no momento da sua deliberação.

§3º. Para eventual concessão de desconto, as regras e condições deliberadas pelo Conselho Deliberativo da CELOS, serão devida e expressamente incluídas no Plano de Custeio Anual do Plano CELOS Saúde previsto no anexo deste Regulamento.

§4º. Eventual concessão de desconto observará os limites impostos pela regulamentação vigente, especialmente o disposto no artigo 3º da Resolução CONSU nº 06/98 e na Súmula da Diretoria Colegiada da ANS nº 07/05, que vedam a concessão de desconto que estimulem a redução da utilização dos serviços e a concessão de descontos discriminatórios entre os beneficiários, seja quanto à idade, gênero ou qualquer outro.

Art.64. O Plano CELOS Saúde será custeado exclusivamente por recursos destinados à saúde.

CAPITULO XIV

DA ADMINISTRAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE CELOS

Art.65. O Plano de Saúde CELOS é administrado pela Diretoria Executiva da CELOS, de acordo com as diretrizes fixadas pelo Conselho Deliberativo.



CAPÍTULO XV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art.66. O Plano CELOS Saúde vigorará por prazo indeterminado.

Art.67. Será mantida, em regime de extinção, a inscrição de pai ou mãe feita pelo Beneficiário solteiro e sem filho, bem como a inscrição de “Beneficiário por tutela / curatela”, permitido até 01.04.2001, por conta da vigência de texto regulamentar anterior.

Art.68. O Titular que tiver suspenso seu contrato de trabalho com a Patrocinadora, em virtude de licença não remunerada, passará a condição de Titular Auto patrocinado e, assim, deverá assumir integralmente as contribuições e coparticipações devidas ao Plano CELOS Saúde, incluindo a parcela de responsabilidade da Patrocinadora.

Art.69. O (A) pensionista temporário (a) tem assegurado (a) a sua permanência no Plano CELOS Saúde na condição de Titular, até completar 18 (dezoito) anos de idade, se pertencente ao Plano Misto e até completar 21 (vinte e um) anos de idade se pertencente ao Plano Transitório. Após o programa da idade o direito de permanência ao Plano CELOS Saúde será extinto automaticamente.

Parágrafo único. A contribuição integral devida por conta da hipótese tratada no caput deste artigo será calculada conforme o plano de Custeio vigente.

Art.70. Qualquer tolerância, facilidade ou liberalidade ocorrida na execução das regras atinentes ao presente Regulamento não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art.71. Os casos omissos serão apreciados e aprovados pela Diretoria Executiva, ad referendum do Conselho Deliberativo da CELOS.

Parágrafo único. A não aprovação pelo Conselho Deliberativo não implicará na ineficácia do ato específico praticado pela Diretoria Executiva, valendo seus efeitos até a data que vier a ser fixada pelo Conselho Deliberativo, a qual não poderá ser inferior a da primeira reunião após o ato em exame.

Art.72. O Plano CELOS Saúde poderá ser extinto somente por decisão do Conselho Deliberativo da CELOS.

Art.73. O encerramento da operação do Plano CELOS Saúde pela CELOS se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art.74. Este Regulamento passa a vigorar a partir da data de sua aprovação pelo Conselho



Deliberativo da CELOS.

Art.75. No caso de Acidente de Trabalho, a Patrocinadora recolherá as despesas com contribuição, consultas e exames complementares, tratamentos e procedimentos ambulatoriais, internação clínica e cirúrgica, tratamentos e procedimentos odontológicos, remoção, nos casos previstos e estabelecidos em Acordo Coletivo de Trabalho ou em Contrato específicos firmados com as Patrocinadoras.

Art.76. 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.

ANEXO I

PLANO DE CUSTEIO – CONTRIBUIÇÕES MENSAIS

O custeio do Plano CELOS Saúde se dá através das contribuições mensais, calculadas em conformidade com o disposto neste anexo. A contribuição mensal para o Plano foi fixada em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

| Plano CELOS Saúde 2024 - Reajuste: 16,7 % | | | | |
|---|---------|---------------|----------|---------------|
| Faixa | Titular | Patrocinadora | Total | % de Variação |
| 0 a 18 | 123,11 | 123,11 | 246,21 | -- |
| 19 a 23 | 153,89 | 153,89 | 307,78 | 25,02% |
| 24 a 28 | 209,27 | 209,27 | 418,53 | 35,98% |
| 29 a 33 | 270,81 | 270,81 | 541,63 | 29,41% |
| 34 a 38 | 307,74 | 307,74 | 615,48 | 13,63% |
| 39 a 43 | 344,66 | 344,66 | 689,32 | 12,00% |
| 44 a 48 | 393,94 | 393,94 | 787,89 | 14,30% |
| 49 a 53 | 467,78 | 467,78 | 935,56 | 18,74% |
| 54 a 58 | 517,02 | 517,02 | 1.034,03 | 10,53% |
| 59+ | 732,44 | 732,44 | 1.464,89 | 41,67% |

Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa etária superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Titular ou de seus Dependentes, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento.

Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária foram fixados observando-se as seguintes condições:

I. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (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.

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 apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do Plano CELOS Saúde aprovada pelo Conselho Deliberativo.

A Patrocinadora subsidiará a contribuição mensal dos Beneficiários conforme montante estabelecido no Convênio de Adesão pactuado com a CELOS. Também integra o custeio do Plano as coparticipações estabelecidas no Regulamento.