



Versão: 01/07/2026

REGULAMENTO DO PLANO CELOS SAÚDE AGREGADOS ODONTOLÓGICO

Registro Produto ANS 474.059/15-9 – 22/06/2015

Sumário

CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	3
CAPÍTULO II - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	3
CAPÍTULO III - DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO	4
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
CAPÍTULO V - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	6
Seção I - Serviços e coberturas adicionais	8
CAPÍTULO VI - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	10
CAPÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA	11
CAPÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	12
CAPÍTULO IX - REEMBOLSO	12
CAPÍTULO X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	13
Seção I - Cartão De Identificação Do Beneficiário	13
Seção II - Autorizações Prévias	14
Seção III - Junta Odontológica	14
Seção IV - Coparticipação	15
Seção V - Serviços Próprios e Rede Credenciada	15
CAPÍTULO XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	15
CAPÍTULO XII - REAJUSTE.....	17
CAPÍTULO XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	17
CAPÍTULO XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO AGREGADO..	18
CAPÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERAIS	18

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, 7º andar, CEP 88.020-000, 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 INSTITUIDORAS do Plano de que trata este Regulamento, as Patrocinadoras da Fundação Celesc de Seguridade Social – CELOS, que firmarem Convênio de Adesão ao Plano CELOS Saúde.

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

Art.3º. O Plano de Assistência à Saúde tratado neste instrumento é denominado **Plano CELOS Saúde Agregados Odontológico**, ou simplesmente Plano, e está registrado na ANS sob o nº. _____, possuindo como Características Gerais:

- I. **Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
- II. **Segmentação Assistencial:** Odontológica;
- III. **Fator Moderador:** Coparticipação;
- IV. **Área Geográfica de Abrangência:** Estadual;
- V. **Área de Atuação:** Estado de Santa Catarina;
- VI. **Formação do Preço:** Pré-estabelecido.

Art.4º. Além das coberturas previstas no Capítulo V – Coberturas e Procedimentos Garantidos, o Plano assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção I desse capítulo.

CAPÍTULO II

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art.5º. 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 odontológica

com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, para a segmentação odontológica.

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

CAPÍTULO III

DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO

Art.6º. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I. **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;
- II. **Área de Abrangência Geográfica e atuação do Plano:** área definida em Regulamento dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- III. **Atendimento eletivo:** termo usado para designar os atendimentos odontológicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- IV. **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- V. **Cobertura:** garantia, nos limites e modalidades deste Regulamento, do pagamento de despesas odontológicas, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- VI. **Companheiro:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar, configurada na convivência pública contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- VII. **Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- VIII. **Diretriz:** critério estabelecido para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.
- IX. **Exame:** auxilia diagnóstico utilizado em complemento avaliação de saúde.
- X. **Mensalidade:** valor estabelecido para custeio do plano de saúde, não incluído o valor devido a título de coparticipação.
- XI. **Pessoa Jurídica:** sociedade empresarial e civil, associação, fundação, etc.
- XII. **Rede prestadora de serviços:** profissional e/ou estabelecimento que oferece serviços de saúde.
- XIII. **Regulamento:** contem regras e normas do plano de saúde.
- XIV. **Reembolso:** Ressarcimento de despesa efetuada com serviço de saúde, nos termos

deste Regulamento.

XV. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: Cobertura assistencial obrigatória estabelecida pela ANS, para os planos regulamentados, ou posteriores à Lei nº. 9.656/98.

XVI. Saúde suplementar: segmento privado de assistência à saúde,

XVII. Utilização: total de utilização de certo procedimento.

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

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art.7º. O presente Regulamento destina-se exclusivamente aos familiares dos Beneficiários Titulares das INSTITUIDORAS, 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 companheiro (a) havendo união estável, na forma da lei;
- II. o pai e a mãe;
- III. o (a) sogro(a);
- IV. o (a) filho (a) que perde a condição de dependência no Plano CELOS Saúde;
- V. o menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela;
- VI. o (a) enteado (a);
- VII. o (a) irmão(ã);
- VIII. o (a) neto(a);
- IX. o (a) sobrinho(a);
- X. o (a) ex-cônjuge, por determinação judicial;
- XI. a nora e o genro.

§3º. 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.

§4º. 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 do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, com aproveitamento do período de carência já cumprido pelo adotante.

Parágrafo Único: A inclusão prevista neste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Beneficiário Agregado estabelecidas no presente Regulamento.

CAPÍTULO V

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art.9º. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei nº 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

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

Procedimentos de RADIOLOGIA:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal - bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a) Atividade educativa em saúde bucal;
- b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c) Aplicação tópica de flúor;
- d) Profilaxia – polimento coronário;
- e) Aplicação de selante;
- f) Dessensibilização dentária;
- g) Remineralização dentária.

Procedimentos de DENTÍSTICA:

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

Procedimentos de PERIODONTIA:

- a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
- c) Imobilização dentária;
- d) Gengivectomia/gengivoplastia;
- e) Aumento de coroa clínica;
- f) Cunha proximal;
- g) Cirurgia periodontal a retalho;
- h) Tratamento de abscesso periodontal;
- i) Enxerto gengival livre;
- j) Enxerto pediculado.

Procedimentos de ENDODONTIA:

- a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b) Pulpotomia;
- c) Remoção de corpo estranho intra-canal;
- 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.

Procedimentos de CIRURGIA:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- c) Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e) Cirurgia para tórus/exostose;
- f) Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar;
- g) Exodontia a retalho;
- h) Exodontia de raiz residual;
- i) Exodontia simples de permanente;
- j) Exodontia simples de decíduo;
- k) Redução de fratura alvéolo dentária;
- l) Frenotomia/Frenectomia labial;

- m) Frenotomia/Frenectomia lingual;
- n) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na mandíbula/maxila;
- q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s) Ulectomia/Ulotomia;
- t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila;
- v) Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w) Aprofundamento/aumento de vestibulo;
- x) Bridectomia/ bridotomia;
- y) Odonto-secção;
- z) Redução de luxação da ATM;
- aa) Tunelização.

Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

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

Parágrafo Único: A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica vigente à época do evento.

Seção I Serviços e coberturas adicionais

Art. 9º. 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 assegure serviços e coberturas adicionais para os seguintes procedimentos:

CIRURGIA:

- a) Artoplastia para luxação recidivante da articulação temporo mandibular;

- b) Enxerto gengival conjuntivo;
- c) Enxerto ósseo autógeno em bloco ou combinado com levantamento de seio maxilar para implante;
- d) Enxerto ósseo autógeno particulado para alveolite ou para levantar seio maxilar para implante;
- e) Enxerto ósseo liofilizado inorgânico: para: levantamento maxilar no implante, alveolite, pediculado;
- f) Fratura alveolar fixação com aparelho e contenção redução cruenta;
- g) Fratura arco zigomático redução, com ou sem fixação;
- h) Fratura comunitiva de mandíbula redução cirúrgica com fixação óssea e bloqueio intermaxilar eventual;
- i) Fratura naso etmoide orbito etmoidal;
- j) Fratura simples ou complexa de mandíbula redução com fixação óssea e bloqueio intermaxilar eventual;
- k) Fratura maxila tipo Lefort I e II redução e fixação zigomática maxilar com bloqueio intermaxilar eventual;
- l) Fratura maxila tipo Lefort I e II redução e fixação: crânio-maxilar ou com síntese óssea, levantamento e bloqueio intermaxilar eventual;
- m) Fratura maxila tipo Lefort III redução e fixação crânio ou aplicação de levantamento crânio-maxilar ou síntese óssea com bloqueio intermaxilar eventual;
- n) Redução incruenta fratura simples de mandíbula com Contenção de bloqueio intermaxilar eventual;
- o) Redução fratura de seio frontal;
- p) Ressecção de tumor de mandíbula com desarticulação de ATM;
- q) Ressecção parcial (segmentar ou seccional);
- r) Retirada de enxerto ósseo;
- s) Retirada dos meios de fixação (na face);
- t) Tratamento de anquilose de ATM;
- u) Tracionamento de incluso com finalidade ortodôntica;
- v) Tratamento conservador de fratura de ossos;

DENTISTICA:

- a) Placa oclusal acrílica e resiliente.

PRÓTESE:

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

Paragrafo Único: Atendimentos odontológicos de urgência e emergência, 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 VI

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art.10. 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 Odontologia - CFO, e, ainda, aquele que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- 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. 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;
- VI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo cirurgião-dentista para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- VII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- VIII. Casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- IX. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento;
- X. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por cirurgiões-dentistas não credenciados para atender a este Regulamento;
- XI. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses;
- XIII. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e deste Regulamento;

- XIV.** Transplantes ósseos;
- XV.** Enxertos ósseos e biomateriais;
- XVI.** Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XVII.** Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- XVIII.** Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XIX.** Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;
- XX.** Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório;
- XXI.** Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;
- XXII.** Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- XXIII.** Cirurgias a laser;
- XXIV.** Clareamento dentário;
- XXV.** Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art.11. Entende-se por carência o período de tempo 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 nº 9.656/1998:

- I.** 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste Regulamento;
- II.** 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.

§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, cujas condições de elegibilidade do Beneficiário Agregado deverão ser analisadas no máximo 05 (cinco) 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 em que se tornar elegível ao presente Plano.

§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 INSTITUIDORA, 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 INSTITUIDORA:
 - a) Da data de início da união estável, no caso de companheiro (a), mediante comprovação pelo instrumento público de constituição de união estável;
 - b) Da data do matrimônio, no caso de sogro (a), enteado (a), nora ou genro;
 - c) Da data do nascimento, em caso de neto (a) ou sobrinho (a);
 - d) Da data da sentença, no caso de menor sob guarda ou de ex-cônjuge;
 - e) Da data em que o filho perdeu a condição de dependência estabelecida no Plano CELOS Saúde.

§4º. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência estabelecidos neste Regulamento.

CAPÍTULO VIII

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art.12. Consideram-se procedimentos de urgência e emergência odontológicos garantidos pelo presente Regulamento:

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

CAPÍTULO IX

REEMBOLSO

Art.13. A CELOS assegurará o reembolso, no limite das obrigações previstas neste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário Agregado com assistência odontológica, em função de:

- I. Atendimentos de urgência e de emergência realizados em todo o território nacional;
- II. Atendimentos eletivos realizados dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano, quando o beneficiário for atendido fora da rede credenciada da CELOS.

§1º. 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.

§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 odontológicos praticados pela CELOS junto à rede de prestadores do respectivo Plano), descontados os eventuais valores de coparticipação e débitos junto ao Plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que atendam à comprovação da despesa efetuada: comprovante de pagamento em papel timbrado, emitido no nome do Beneficiário Titular, identificando o paciente (Beneficiário Agregado), contendo carimbo com o CPF e número no Conselho Regional de Odontologia, ou, quando pessoa jurídica, CNPJ do prestador de serviço, discriminação do serviço prestado ao paciente, data de emissão e outros documentos complementares necessários.

§3º. Quaisquer débitos do Beneficiário Titular e/ou do Beneficiário Agregado decorrentes de contribuição e/ou utilização do Plano será compensado com os créditos decorrentes de reembolso devido pela CELOS.

§4º. 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 neste Capítulo.

CAPÍTULO X

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Cartão De Identificação Do Beneficiário

Art.14. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste Regulamento será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário Agregado fornecido e expedido pela CELOS para os Beneficiários Agregados cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

Parágrafo Único: 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.

Art.15. 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.16. 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.17. O pedido odontológico 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.

Art.18. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo cirurgião-dentista 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).

Seção III

Junta Odontológica

Art.19. A CELOS garante, no caso de situações de divergência odontológica, a solução do impasse através de junta odontológica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário Agregado, por cirurgião-dentista da CELOS e por um terceiro cirurgião-dentista, escolhido de comum acordo pelos dois cirurgiões-dentistas indicados pela CELOS e pelo Beneficiário Agregado.

Parágrafo Único: Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o cirurgião-dentista escolhido pelo Beneficiário Agregado pertencer à rede credenciada ou própria da CELOS, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela operadora.

Seção IV Coparticipação

Art.20. Entende-se por coparticipação 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.

Parágrafo Único: Além da contribuição mensal, será cobrada coparticipação de 20% (vinte por cento) em todos os procedimentos odontológicos, à exceção dos procedimentos de prevenção em saúde bucal e urgência e emergência.

Seção V Serviços Próprios e Rede Credenciada

Art.21. Será fornecida aos Beneficiários Agregados uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CELOS, obedecidas às regras que disciplinam o atendimento nessas entidades.

Parágrafo Único: A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CELOS terá suas atualizações disponíveis na sede da CELOS ou por meio da *internet*.

CAPÍTULO XI

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art.22. O Plano será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art.23. O Beneficiário Titular ou o Beneficiário Agregado deverá pagar à CELOS, uma contraprestação pecuniária mensal definida no **valor de R\$ 128,13 (cento e vinte e oito reais e treze centavos)** por Beneficiário Agregado, bem como os valores de coparticipação em decorrência da utilização dos serviços cobertos por este Plano, na forma do seu Regulamento.

§1º. O valor da contribuição mensal previsto no caput deste artigo é definido por Agregado, não havendo variação da contribuição mensal em virtude da mudança da faixa etária do Beneficiário.

§2º. 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 5º (quinto) dia útil de cada mês, impreterivelmente.

§3º. 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.

§4º. A CELOS poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia pelos meios de divulgação impressos ou eletrônicos.

§5º. O recebimento pela CELOS de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

§6º. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Regulamento.

§7º. O pagamento dos valores devidos à CELOS referentes a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Art.24. Se o Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação (mensalidade e coparticipação), até o 5º (quinto) dia útil 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.25. 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 em atraso.

Parágrafo Único: Na hipótese de inadimplência do Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, 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 XII

REAJUSTE

Art.26. 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.27. O custeio será revisto anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro 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 odontológicos, 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 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.28. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

CAPÍTULO XIII

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art.29. Nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria do Beneficiário Titular, é garantido o direito de manutenção dos Beneficiários Agregados, pelo mesmo período de tempo 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 de tempo que teria direito caso não houvesse o óbito.

§2º. É assegurado aos Beneficiários Agregados 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, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

CAPÍTULO XIV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO AGREGADO

Art.30. 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.31. Poderá a INSTITUIDORA solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos Beneficiários Agregados, observada a legislação em vigor.

Art.32. A CELOS só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde do Beneficiário Agregado, sem a anuência do Beneficiário Titular, nas seguintes hipóteses:

- I. em caso de fraude ao Plano ou dolo;
- II. perda da qualidade de Beneficiário Agregado, no caso de deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento;
- III. inadimplência do Beneficiário Titular e do Beneficiário Agregado em relação às mensalidades devidas ao Plano, nos termos estabelecidos neste Regulamento.

Art.33. Na hipótese de exclusão do Beneficiário Titular do Plano CELOS Saúde, o Beneficiário Agregado será imediatamente excluído do Plano, objeto do presente Regulamento, ainda que o Beneficiário Titular mantenha vínculo de emprego com a INSTITUIDORA.

CAPÍTULO XV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.34. 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.35. 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.36. 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.37. 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.38. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

Art.39. 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 Titulares ou seu Beneficiário Agregado e os cirurgiões-dentistas assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CELOS.

Art.40. O encerramento da operação do plano de saúde prevista neste Regulamento se dará de acordo com o previsto no Estatuto Social da CELOS, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art.41. Este regulamento vigorará por prazo indeterminado a partir da data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo da CELOS.

Art.42. Para dirimir eventuais questões oriundas deste Regulamento, fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.