



Versão: 01/07/2026

REGULAMENTO DO PLANO CELOS SAÚDE AGREGADOS

Registro Produto ANS 463.637/10-6 – 29/12/2010

Sumário

CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	3
CAPÍTULO II - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO.....	3
CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	4
CAPÍTULO IV - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	5
Seção I - Cobertura Ambulatorial.....	6
Seção II - Cobertura Hospitalar com Obstetrícia.....	8
CAPÍTULO V - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	15
CAPÍTULO VI - DURAÇÃO DO CONTRATO.....	17
CAPÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	18
CAPÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES.....	19
CAPÍTULO IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	19
Seção I – Atendimento.....	19
Seção II – Remoção.....	20
CAPÍTULO X - REEMBOLSO.....	20
CAPÍTULO XI - MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	21
Seção I - Cartão De Identificação Do Beneficiário.....	21
Seção II - Autorizações Prévias.....	22
Seção III - Junta Médica.....	23
Seção IV – Coparticipação.....	23
Seção V - Serviços Próprios e Rede Credenciada.....	24
CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	25
CAPÍTULO XIII - CAPÍTULO XIII - REAJUSTE.....	26
CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS DOS BENEFICIÁRIOS AGREGADOS.....	29
CAPÍTULO XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	30
CAPÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO AGREGADO.....	30
CAPÍTULO XVII - EXTINÇÃO DO PLANO.....	31
CAPÍTULO XVIII - DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO.....	32
CAPÍTULO XIX - DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
CAPÍTULO XX - FORO DE ELEIÇÃO.....	Erro!

Indicador não definido.

CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS GERAIS

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

Art.2º. O Plano de Assistência à Saúde tratado neste instrumento é denominado Plano CELOS Saúde Agregados, ou simplesmente Plano, e está registrado na ANS sob o nº. 463.637/10-6, possuindo como Características Gerais:

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

CAPÍTULO II ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art.3º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

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 CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art.4º. O presente Regulamento destina-se exclusivamente ao grupo de Beneficiários Agregados, conforme condições de admissão abaixo especificadas.

Art.5º. Consideram-se Beneficiários Titulares, as pessoas naturais vinculadas ao Plano CELOS Saúde, inscritas conforme regulamento próprio na qualidade de:

- I. Ativo: é aquele que possui vínculo de trabalho com a convenente;
- II. Ativo Vinculado: é aquele que, na qualidade de Autopatrocinado no Plano CELOS Saúde, não mais possui vínculo de trabalho com a convenente e permanece vinculado como Ativo Autopatrocinado;
- III. Assistido: é o participante ou seu beneficiário dependente em gozo de benefício de prestação continuada de um dos Planos de natureza previdenciária administrados pela CELOS.

Art.6º. Consideram-se Beneficiários Agregados 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;
- XI. a nora e o genro.

§1º. 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.

§2º. 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.7º. É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Agregado, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Agregado, e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção;
- II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, com aproveitamento do período de carência já cumprido pelo adotante.

§1º. A inclusão prevista neste Artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Beneficiário Agregado estabelecidas no presente Regulamento (Art. 6º).

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, ser obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência estabelecidos neste Regulamento (Art. 14).

CAPÍTULO IV COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art.8º. A CELOS cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários Agregados regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos

obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecidas neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CELOS, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento e relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam a este Plano, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I - Cobertura Ambulatorial

Art.9º. A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Consulta médica, em número ilimitado, em clínica básica e especializada (especialidade médica), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina –CFM;
 - I. 1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- II. Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, devidamente habilitado, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso
- III. Medicamento registrado/regularizado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizado no procedimento diagnóstico e terapêutico contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrado em unidade de saúde e solicitado pelo médico assistente;
- IV. Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- V. **Consultas/sessões de psicoterapia**, de acordo com o número de sessões

estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

- VI.** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- VII.** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- VIII.** Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de

medicamento para tratamento do câncer, incluindo medicamento para o controle de efeito adverso relacionado ao tratamento e adjuvante, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessite ser administrado sob intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde dentro do estabelecimento de Unidade de Saúde;

a) Adjuvante é medicamento empregado de forma associada ao quimioterápico citostático com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

- IX. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização 9DUT) previstas no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigos à época do evento;
- X. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI. Procedimento de hemodinâmica ambulatorial: aquele que prescinde de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidade similar e que esteja descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII. Hemoterapia ambulatorial;
- XIII. Cirurgia oftalmológica ambulatorial, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para paciente com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de grau entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II - Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art.10. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I. Internação hospitalar de todas as modalidades, em número ilimitado de

- dias, solicitadas pelo médico assistente;
- II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular, e alimentação;**
 - III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - III.1) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,
 - III.2) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;
 - IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do Beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;**
 - V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
 - VI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário Agregado menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, **exceto caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
 - VII. Órtese e prótese, registrada na ANVISA, ligada ao ato cirúrgico listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensão) da órtese, prótese e material especial OPME necessário à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - b) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas

junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha a critério daCELOS;**

- c) Em caso de divergência clínica 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 03 (três) nomes indicados pela CELOS para composição da junta médica.
- VIII.** Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX.** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- X.1)** 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, observadas as seguintes regras: **a)** O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário Agregado, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- b)** Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, **não estão incluídos na cobertura hospitalar.**
- X.** Procedimentos considerados especiais, 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 antineoplásico 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: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações **ambulatorial e hospitalar**;
 - e) Hemoterapia;
 - f) Nutrição parenteral ou enteral;
 - g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - i) Radiologia intervencionista;
 - j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, **conforme solicitação e indicação do médico assistente**;
- XI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII. Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a eles vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do Beneficiário receptor;
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

- XIV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XV. Acomodação, alimentação e paramentação conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital, ou no **caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;
- XVI. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Agregado, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário Agregado (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias**;
- XVII. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:
 - a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
 - b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
 - c) Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) **previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** da ANS em vigor na data do evento;
 - d) Além da coparticipação regular, prevista neste Regulamento, haverá coparticipação de 20% (vinte por cento), incidentes sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário Agregado não cumulativos.

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

- I. O Beneficiário Agregado candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
- II. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de

Transplante – SNT;

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

§2º. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao Beneficiário Agregado a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Art.11. O presente Regulamento garante, ainda:

- I. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas **no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** da ANS vigente na data do evento;
- II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento que necessite de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, **caso haja indicação clínica**;
- III. Insumos necessários para a 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 previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e 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 previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data 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.

CAPÍTULO V EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art.12. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CELOS sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início de vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, 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. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em

- ambiente hospitalar;
- VIII.** Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
 - IX.** Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar; Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, mesmo quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
 - X.** 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;
 - XI.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - 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 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.** Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
 - XVI.** Serviço de enfermagem particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
 - XVII.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
 - XVIII.** Aparelhos ortopédicos;
 - XIX.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - XX.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora

da área geográfica de abrangência do Plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados para atender a este Regulamento, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência e das consultas médicas que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento;

- XXI.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário Agregado, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXII.** Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXIII.** Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXIV.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXV.** Cirurgia para mudança de sexo;
- XXVI.** Avaliação pedagógica;
- XXVII.** Orientações vocacionais;
- XXVIII.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXIX.** Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXX.** Remoção domiciliar;
- XXXI.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXII.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXIII.** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VI DURAÇÃO DO CONTRATO

Art.13. O início da vigência do plano será a data de sua aprovação pelo Conselho

Deliberativo da **CELOS**.

CAPÍTULO VII PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art.14. 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 nº9.656/1998:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para consultas médicas e demais especialidades previstas neste Regulamento (Art. 9º itens IV a VIII);
- II. 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste Regulamento (Art. 19 item I e II, Art. 20 itens I a V);
- III. 90 (noventa) dias para exames de diagnose e tratamentos ambulatoriais;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- V. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

§1º. O prazo de carência será contado a partir do deferimento, pelo órgão competente da CELOS, do pedido de inscrição realizado pelo Beneficiário Titular ou Agregado (Art. 6º, § 1º), cujas condições de elegibilidade do Beneficiário Agregado deverão ser analisadas no máximo 05 (dias) úteis da data de protocolo do requerimento.

§2º. O Beneficiário Agregado estará isento do cumprimento do período de carência quando solicitar sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data 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 a conveniada, 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 conveniada:

- 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.

CAPÍTULO VIII DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art.15. Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Beneficiário Agregado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

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

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

§3º. O Beneficiário Agregado tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CELOS, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

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

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

lesões que o Beneficiário Agregado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§6º. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CELOS, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art.16. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário Agregado, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CELOS oferecerá a cobertura parcial temporária.

§1º. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

§2º. A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

§3º. As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela CELOS por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CELOS para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

§4º. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CELOS, fazendo parte integrante deste instrumento.

§5º. Exercendo prerrogativa legal, a CELOS não optará pelo fornecimento do Agravo,

conforme conceito previsto nas Disposições Gerais.

Art.17. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário Agregado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CELOS deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário Agregado através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário Agregado à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

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

§4º. Após julgamento, e acolhida à alegação da CELOS, pela ANS, o Beneficiário Titular e o Beneficiário Agregado passam a ser solidariamente responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela CELOS, bem como será excluído do Plano.

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

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

Art.18. As normas do presente Capítulo não vigorarão caso o Beneficiário Agregado requeira sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para ingresso no presente **Plano**, conforme definido no Capítulo anterior.

CAPÍTULO IX ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I - Atendimento

Art.19. Para os fins deste Regulamento, considera-se:

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

Art.20. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I. para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário Agregado ao Plano;
- II. **depois de cumprida a carência para internação**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do Beneficiário Agregado;
- III. durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação definida pelo médico-assistente**;
- IV. depois de **cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do Beneficiário Agregado;
- V. durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação definida pelo médico-assistente**.

Parágrafo Único: Nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária, na forma

deste Regulamento, e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes, haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação definida pelo médico assistente.

Seção II - Remoção

Art.21. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do Plano e conforme regras previstas nessa Seção.

§1º. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do Plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade da atenção ao paciente.

§2º. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário Agregado estar cumprindo período de carência para internação hospitalar (Art. 14, IV).

§3º. Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

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

- I. quando não possa haver remoção por risco de vida, o paciente, o seu responsável ou o Beneficiário Titular, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando, assim, a CELOS desobrigada a pagar os custos da internação hospitalar, incluindo os honorários médicos contratados;
- II. caberá à CELOS o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficando, assim, desobrigada dos custos dos atendimentos posteriores prestados ao paciente;
- III. na remoção, a CELOS deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida só cessando sua

responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

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

CAPÍTULO X REEMBOLSO

Art. 22. A CELOS assegurará o reembolso, no limite das obrigações previstas neste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário Agregado com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano, nas seguintes hipóteses:

- I- atendimentos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CELOS;
- II- consultas médicas eletivas.

§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 médicos e hospitalares 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 pagamento em papel timbrado, emitido no nome do Beneficiário Titular, identificando o paciente (Beneficiário Agregado), contendo carimbo com o CPF e número de registro do Profissional no Conselho de sua especialidade, ou, quando pessoa jurídica, CNPJ do prestador de serviço, discriminação do serviço prestado ao paciente, data de emissão e outros documentos complementares necessários.

§3º. Quaisquer débitos do Beneficiário Titular e/ou do Beneficiário Agregado decorrentes de contribuição e/ou utilização do Plano CELOS Agregado 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 nesta Seção.

§5º. A Tabela de Reembolso da CELOS refere-se à CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, registrada no 3º Registro de Títulos e Documentos de São Paulo, estando também disponível para fornecimento ao Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado na sede da CELOS ou para consulta no site da entidade no endereço eletrônico (www.celos.com.br).

§.6º. Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Reembolso da CELOS podem ser obtidos na sede da CELOS ou pelo telefone 0800 48 3030.

Art.23. A garantia de reembolso apenas se dará nas hipóteses expressamente previstas neste Regulamento (atendimentos de urgência e emergência e consultas médicas eletivas), sendo que nos demais casos, para que haja cobertura pelo Plano, o procedimento (exame, internação, etc.) deverá ser realizado pelo Beneficiário Agregado na rede credenciada da CELOS.

CAPÍTULO XI MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I - Cartão De Identificação Do Beneficiário

Art.24. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste Regulamento será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário Agregado fornecida e expedida pela CELOS para os Beneficiários Agregados cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade 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.25. 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.26. 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.27. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CELOS ou Prestador de Serviço que garantirá o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 01(um) dia útil, a contar da data da solicitação à CELOS, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Art.28. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CELOS, ou quando não credenciado em Receituário, contendo dados do Beneficiário Agregado, descrição do serviço necessário e especificação de acordo com CID (quando for o caso).

Seção III - Junta Médica

Art.29. A CELOS garante, no caso de situações de divergência médica, a solução do impasse através de junta médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário Agregado, por médico da CELOS e por um terceiro médico, escolhido de comum acordo pelos dois médicos indicados pela CELOS e pelo Beneficiário Agregado.

Parágrafo Único: Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente 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 desempatedor deverá ser paga pela operadora.

Seção IV - Coparticipação

Art.30. Coparticipação é a parte da despesa assistencial devida solidariamente pelo Beneficiário Agregado e pelo Beneficiário Titular, a ser paga

diretamente à CELOS, após a realização do procedimento enquadrado no segmento ambulatorial coberto por este Plano, cujos valores ou percentuais são fixados observando-se as normativas editadas pela ANS.

Art.31. A Coparticipação para os casos enquadrados no Segmento Ambulatorial será de:

- a)** 50% (cinquenta por cento) para Consultas;

- b)** 50% (cinquenta por cento) para Exames Básicos de Apoio Diagnóstico;
- c)** 20% (vinte por cento) para Exames Especiais de Apoio Diagnóstico;
- d)** 20% (vinte por cento) para Procedimentos Básicos a nível ambulatorial ou em hospital-dia, limitado a R\$ 200,00 (duzentos reais) por procedimento realizado;

§1º. Coparticipação para Procedimentos realizados em regime de Internação Clínica será de R\$ 200,00 (duzentos reais).

§2º. 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.

§3º. Haverá isenção da coparticipação sobre os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise, mesmo os realizados em regime ambulatorial, e para os procedimentos realizados em regime de internação hospitalar.

Seção V - Serviços Próprios e Rede Credenciada

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

§1º. A 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.

§2º. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os Beneficiários Agregados quanto a sua manutenção ao longo da vigência do Regulamento, conforme regras abaixo:

- I.** A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

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

CAPÍTULO XII FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art.34. O Plano CELOS Saúde Agregados 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.35. O Beneficiário Titular ou o Beneficiário Agregado deverá pagar à CELOS, uma contraprestação pecuniária mensal definida em função das faixas etárias em que se enquadrar o Beneficiário Agregado, bem como os valores de coparticipação (art. 31) em decorrência da utilização dos serviços cobertos por este Plano, na forma do seu Regulamento.

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

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

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

Art.36. O recebimento pela CELOS de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

Art.37. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Regulamento.

Art.38. O pagamento dos valores devidos à CELOS referentes a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Art.39. Se o Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação (mensalidade e coparticipação), até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CELOS pessoalmente, por telefone ou por meio eletrônico para que não se sujeite as consequências da mora.

Art.40. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de mensalidade ou coparticipação serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito mensal atualizado.

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

CAPÍTULO XIII REAJUSTE

Art.41. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades previstas na tabela de preços serão reajustados anualmente, na data de aniversário do Plano, considerada esta como o mês da vigência deste Regulamento, utilizando-se para tal fim a variação do IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo, acumulada nos 12 (doze) meses anteriores à data de aniversário do Plano, sendo apurada com uma antecedência de 2

(dois) meses e divulgada pelos meios escritos e eletrônicos aos Beneficiários.

Art.42. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-actuarial do Plano, este será reavaliado com o fim de adotar medidas econômico-financeiras que garantam a solidez do Plano e as exigências dos órgãos de regulação e fiscalização.

§1º. O desequilíbrio econômico-actuarial é constatado quando o nível de sinistralidade do Plano ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do Plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

§2º. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: $R = \frac{S - 1}{S_m}$

S_m

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em Regulamento

§3º. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto nesse artigo, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no artigo anterior e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

§4º. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no artigo 42, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Art.43. Independentemente da data de inclusão dos Beneficiários Agregados, 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.44. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo Plano em um determinado Regulamento.

Art.45. Nenhum Regulamento poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Art.46. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

Art.47. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de *pool* de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da CELOS para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio

CAPÍTULO XIV FAIXAS ETÁRIAS DOS BENEFICIÁRIOS AGREGADOS

Art.48. As mensalidades do CELOS Saúde Agregados serão fixadas em função da idade do Beneficiário Agregado, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Contribuição Plano CELOS Saúde Agregados – Reajuste 10,69%			
Faixa Etária	jun/26	% Reajuste	Julho/2026 à Junho/2027
0 a 18	294,53	10,69%	326,02
19 a 23	338,74	10,69%	374,95
24 a 28	382,86	10,69%	423,79
29 a 33	530,18	10,69%	586,86
34 a 38	589,09	10,69%	652,06
39 a 43	647,94	10,69%	717,2
44 a 48	736,40	10,69%	815,12
49 a 53	1.089,81	10,69%	1.206,31
54 a 58	1.325,44	10,69%	1.467,13
59 +	1.752,44	10,69%	1.939,78

Art.49. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa etária subsequente, automaticamente o valor das mensalidades também será alterado no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário Agregado, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§1º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com a aplicação do indexador anual de reajuste (IPCA), com eventual reajuste financeiro para compensação de sinistralidade, com revisão atuarial do Plano.

§2º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária serão fixados observando-se seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária da tabela constante do artigo 48 acima.
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderão ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas da tabela do artigo 48 acima.

Art.50. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por mudança de faixa etária ao Beneficiário Agregado com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual (IPCA), de aumento por sinistralidade ou revisão atuarial do Plano.

CAPÍTULO XV REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art.51. A CELOS assegurará ao Beneficiário Agregado o direito de manutenção no Plano previsto nos parágrafos 2º e 3º do art. 30 e no parágrafo 2º do art. 31, ambos da Lei nº 9.656/98 – Lei dos Planos de Saúde –, nos casos em que o Beneficiário Titular tiver extinto seu contrato de trabalho firmado com a convenente.

§1º. Deverão ser observadas as condições legais estipuladas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 para exercício do direito de manutenção de que trata o caput deste artigo.

§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 da regulamentação vigente.

CAPÍTULO XVI CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO AGREGADO

Art.52. 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.53. A CELOS só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde do Beneficiário Agregado, sem a anuência do Beneficiário Titular, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Beneficiário Agregado, no caso de deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento (Art. 6º);
- c) inadimplência do Beneficiário Titular e do Beneficiário Agregado em relação à mensalidade devidas ao Plano, nos termos estabelecidos neste Regulamento.

Art.54. Na hipótese de exclusão do Beneficiário Titular do Plano CELOS Saúde, o Beneficiário Agregado será imediatamente excluído do Plano CELOS Saúde Agregados, objeto do presente Regulamento, ainda que mantenha vínculo de emprego com a convenente.

CAPÍTULO XVII EXTINÇÃO DO PLANO

Art.55. O Plano CELOS Saúde Agregados poderá ser extinto por decisão do Conselho Deliberativo da CELOS, em razão da sua inviabilidade técnico- financeira e atuarial, ou de normas baixadas pelos órgãos reguladores e fiscalizadores.

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

CAPÍTULO XVIII

DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO

Art.56. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- a) **Acidente pessoal:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **Agravo:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CELOS e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CELOS não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **Área de Abrangência Geográfica e atuação do Plano:** área definida em Regulamento dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) **Atendimento ambulatorial:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **Atendimento eletivo:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CBHPM:** Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª

revisão;

- i) **Cobertura:** garantia, nos limites e modalidades deste Regulamento, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **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;
- k) **Complicações no processo gestacional:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia e abortamento;
- l) **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;
- m) **Consulta médica:** serviço médico para diagnóstico e orientação terapêutica.
- n) **Consulta/sessão:** serviço prestado nas especialidades de psicologia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional com outros profissionais de saúde.
- o) **Coparticipação:** valor pago pelo Beneficiário Titular ou pelo Beneficiário Agregado à Operadora na utilização de consulta, exame e internação no tratamento dos transtornos psiquiátricos.
- p) **Diretriz:** critério estabelecido para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.
- q) **Emergência:** evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- r) **Exame:** auxilia diagnóstico utilizado em complemento avaliação de saúde
- s) **Hospital dia:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- t) **Internação hospitalar:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou

procedimento;

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

CAPÍTULO XIX DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.57. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino, ainda que

a referência específica seja relativa ao gênero feminino.

Art.58. 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.59. 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.60. 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.61. 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.62. 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.63. A CELOS não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Regulamento entre os Beneficiários Titular ou seu Beneficiário Agregado e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CELOS.

CAPÍTULO XX FORO DE ELEIÇÃO

Art.64. Para dirimir eventuais questões oriundas deste Regulamento fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do Beneficiário Titular, em razão do vínculo com a convenente, na condição de participante ativo ou assistido.

