

REGULAMENTO DO
PLANO ALTERNATIVO
AGREGADOS

CELPOS
saúde

Registro na ANS N.º 455.355/06-1

ÍNDICE

TÍTULO I	DAS DEFINIÇÕES E DA QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL	1
CAPÍTULO I	DA NATUREZA, DENOMINAÇÃO E OBJETIVOS	1
CAPÍTULO II	DA FILIAÇÃO, INSCRIÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	2
CAPÍTULO III	DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS	4
TÍTULO II	DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS	5
CAPÍTULO IV	DA REDE ASSISTENCIAL	5
CAPÍTULO V	DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS	7
Seção I	DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL	7
Seção II	DO ATENDIMENTO HOSPITALAR	8
Seção III	DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	13
Seção IV	DA REMOÇÃO	14
Seção V	DO REEMBOLSO DE DESPESAS	15
TÍTULO III	DAS RESTRIÇÕES E DOS LIMITES E MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS ASSEGURADOS	17
CAPÍTULO VI	DAS CARÊNCIAS	17
CAPÍTULO VII	DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS	21
CAPÍTULO VIII	DAS PARTICIPAÇÕES DO ASSOCIADO	25
CAPÍTULO IX	DAS COBERTURAS NÃO ASSEGURADAS	27
TÍTULO IV	DO CUSTEIO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL	29
CAPÍTULO X	DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS, CRITÉRIOS DE REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO	29
TÍTULO V	DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	31
TÍTULO VI	DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS	33

TÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E DA QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL

CAPÍTULO I

DA NATUREZA, DENOMINAÇÃO E OBJETIVOS

Art. 1º A FUNDAÇÃO CELPE DE SEGURIDADE SOCIAL - CELPOS prestará assistência médico-hospitalar, ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico assegurados por intermédio do Plano Alternativo Agregados, administrado sob a modalidade de Autogestão, sem finalidade lucrativa, na forma e condições estabelecidas no presente Regulamento Geral.

Parágrafo primeiro: O Plano Alternativo Agregados é disponibilizado pelo **CELPOS SAÚDE** na modalidade coletivo por adesão, sendo completo, abrangendo a cobertura dos serviços descritos no Rol de Procedimentos instituído pela Resolução n.º 10/98 do CONSU e suas atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com padrão de acomodação em enfermaria.

Parágrafo segundo - Os benefícios médico-hospitalares previstos no presente Regulamento são assegurados aos agregados familiares dos Beneficiários abaixo citados, na forma do art. 3º do presente instrumento:

I - empregados ativos da **CELPE** e da **CELPOS** que integrem um dos planos disponibilizados pelo **CELPOS SAÚDE**, na condição de titular;

II - empregados da **CELPE** e da **CELPOS** que se encontrem afastados e sem vencimentos, desde que sejam participantes do plano de previdência e inscritos em um dos planos disponibilizados pelo **CELPOS SAÚDE**, na condição de titular;

III - pensionistas vinculados ao plano de benefícios de previdência complementar mantido pela **CELPOS** e inscritos em um dos planos disponibilizados pelo **CELPOS SAÚDE**, na condição de titular;

Art. 2º. A administração dos recursos e serviços assistenciais, bem como a contratação da rede credenciada será realizada de forma direta pelo **CELPOS SAÚDE**, assegurada a prestação dos serviços por meio de sua própria Rede Credenciada, que abrange o conjunto de prestadores dos serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais correlatos às coberturas oferecidas, contratados pelo **CELPOS SAÚDE** ou ainda excepcionalmente por intermédio de convênios de reciprocidade e reembolso de despesas, na forma deste Regulamento.

CAPÍTULO II

DA FILIAÇÃO, INSCRIÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 3º. A filiação ao Plano Alternativo Agregados é privativa dos agregados familiares dos associados relacionados nos incisos I a III do parágrafo primeiro do artigo 1º, assim considerados:

I - Aqueles que, atualmente, já detenham a condição de Agregados em outro Plano **CELPOS SAÚDE**;

II - Os filhos solteiros maiores de 21 (vinte e um) anos quando não estudantes do 3º (terceiro) grau ou maiores de 24 (vinte e quatro) anos, de ambos os sexos, que tenham sido indicados e inscritos anteriormente como Dependentes em qualquer dos planos **CELPOS SAÚDE**.

Parágrafo primeiro - Poderão ser autorizadas pelo Comitê de Gestão, a inscrição de familiares até o 3º (terceiro) grau de parentesco e outros dependentes do estipulante, desde que seja seu descendente, nas condições que vierem a ser estabelecidas.

Parágrafo segundo - A adesão ao Plano Alternativo Agregados deverá ocorrer mediante assinatura de Proposta de Inscrição ou Termo de Migração para os Beneficiários já inscritos nos demais planos de saúde administrados pelo **CELPOS SAÚDE**, observada a disciplina prevista em específica Resolução Administrativa.

Parágrafo terceiro - Observar-se-á em ambas as hipóteses previstas no parágrafo segundo deste artigo, que a acomodação será sempre em quarto coletivo/ enfermaria.

Parágrafo quarto - Havendo a indisponibilidade de leito hospitalar contratado para o plano nos estabelecimentos credenciados pelo **CELPOS SAÚDE**, é garantido ao usuário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 4º. A inscrição dos Beneficiários referidos no artigo anterior encontra-se subordinada ao cumprimento dos prazos de carência previstos neste Regulamento, bem assim à comprovação de vínculo familiar, observando ainda a apresentação dos documentos previstos em Resolução Administrativa.

Parágrafo primeiro - Os filhos dos Beneficiários Agregados elegíveis ou não ao Plano Alternativo Agregados, nascidos ou adotados (recém-nascidos) na vigência do presente Regulamento, terão direito à cobertura assistencial durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto ou após a adoção.

Parágrafo segundo - Em sendo Beneficiários Agregados elegíveis, se neste período forem incluídos no programa assistencial, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária / agravo, não cabendo, na hipótese em referência, a imputação de Doenças e Lesões pré-existentes aos mesmos .

Parágrafo terceiro - Em caso de inscrição de filhos menores de doze (12) anos de idade, adotados durante a vigência deste Regulamento, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular, desde que sua inclusão no Plano Alternativo Agregados tenha sido solicitada em até 30 dias após o deferimento da adoção.

Art. 5º. A critério do **CELPOS SAÚDE**, poderão ser solicitados exames pré-admissionais para a adesão dos agregados familiares, bem como, entrevista qualificada por profissional médico indicado pelo **CELPOS SAÚDE**, sendo o associado titular responsável por todas as informações prestadas na Declaração de Saúde, presente no anverso da Proposta de Inscrição.

Art. 6º. Os Beneficiários inscritos no Plano Alternativo Agregados serão atendidos mediante apresentação de comprovante de pagamento da mensalidade do mês vigente, cuja exibição será obrigatória em conjunto com documento de identidade e/ou carteira de identificação de Beneficiário, salvo se esta contemplar a dispensa da exibição do comprovante de pagamento.

CAPÍTULO III

DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 7º. Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, além das infrações contempladas neste Regulamento, os Beneficiários Agregados poderão ser excluídos do presente Programa Assistencial, independente de notificação e/ou interpelação extrajudicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, nas seguintes hipóteses:

I . Por falecimento ;

II. Quando o Beneficiário Titular manifestar a intenção de não renovar o contrato do seu Beneficiário Agregado, a qualquer tempo, desde que a solicitação seja feita por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

III. Sempre que, por fraude, o titular ou agregado obtiver, para si ou para terceiros, qualquer vantagem indevida, causadora ou não de lesões dos direitos do **CELPOS SAÚDE**;

IV. Por embaraço a qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos interesses do **CELPOS SAÚDE**;

V. Falta de quitação das obrigações financeiras perante o **CELPOS SAÚDE**, por mais de 60 (sessenta) dias, sucessivos ou intercalados, contados da data do respectivo vencimento, a cada período de 12 (doze) meses;

Parágrafo primeiro - As despesas integrais oriundas de serviços utilizados durante o período em que o Beneficiário estiver em atraso, serão de inteira responsabilidade do mesmo.

Parágrafo segundo - A utilização dos serviços do **CELPOS SAÚDE**, após a exclusão do Programa Assistencial será considerada indevida, respondendo o Beneficiário ou o responsável pelo mesmo, pelas despesas integrais, sem prejuízo das penalidades legais e regulamentares em vigor.

Parágrafo terceiro - Fica integralmente responsável, ainda, o Beneficiário Titular a devolver as Credenciais de Identificação ao **CELPOS SAÚDE**, bem assim pelo pagamento integral de eventuais gastos ou despesas decorrentes dos serviços prestados aos Beneficiários Agregados, desde a data da perda da qualidade de Beneficiário até a efetiva devolução dos referidos documentos.

Parágrafo quarto - A exclusão do Beneficiário Titular será extensiva a todos os Beneficiários Agregados.

Parágrafo quinto - A exclusão, por qualquer motivo, em nenhuma hipótese eximirá o Beneficiário Titular de eventuais pagamentos.

TÍTULO II DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS

CAPÍTULO IV DA REDE ASSISTENCIAL

Art. 8º. O **CELPOS SAÚDE** colocará à disposição dos Beneficiários Agregados, inscritos no Plano Alternativo Agregados, a prestação de serviços próprios e/ou credenciados de profissionais autônomos, clínicas, ambulatórios, laboratórios e hospitais, tudo constante da respectiva Lista de Credenciados e da anexa Proposta de Inscrição.

Art. 9º. Os credenciamentos de assistência médico-hospitalar serão firmados diretamente pelo **CELPOS SAÚDE**, considerando os seguintes aspectos:

- I. Demanda de utilização dos serviços assistenciais, por área de especialidade;
- II. Qualificação técnica dos profissionais responsáveis;
- III. Nível de atendimento e excelência dos serviços prestados.

Art. 10. O **CELPOS SAÚDE** reserva-se o direito de cancelar os serviços preferenciais de hospitais, bem como nomear novos serviços de atendimento do mesmo padrão, desde que haja aviso prévio de 30 (trinta) dias ao Beneficiário e autorização prévia da ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Art. 11. Na hipótese de substituição de estabelecimento hospitalar, durante o período de internação do Beneficiário agregado, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação, sendo responsabilidade do **CELPOS SAÚDE** o pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente e na forma deste Regulamento.

Art. 12. Ocorrendo o descredenciamento a que alude o artigo anterior, os Beneficiários terão direito a prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de saúde, integrante da rede credenciada do **CELPOS SAÚDE**, sem que lhe caiba, entretanto, direito a qualquer indenização pela substituição havida.

Art. 13. Se, durante a internação do Beneficiário, ocorrer o descredenciamento de estabelecimento hospitalar, em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, o **CELPOS SAÚDE** responsabilizar-se-á pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

Art. 14. A fiscalização da assistência médica prestada nos termos deste Regulamento será realizada diretamente pelo **CELPOS SAÚDE**, ou por pessoa especialmente designada para esse fim e, também, pelos próprios Beneficiários.

Parágrafo único - Constatada qualquer irregularidade ou inadequação dos serviços oferecidos, a administração do **CELPOS SAÚDE** responsabilizar-se-á pela competente sindicância.

CAPÍTULO V

DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS

Seção I

DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Art. 15. Considerando o atendimento disponibilizado em regime ambulatorial, o presente Regulamento compreende a cobertura dos serviços e procedimentos realizados em consultório e ambulatório, assegurados em conformidade com as disposições normativas emanadas da Lei nº 9.656/98 e legislação infralegal em vigor.

Parágrafo primeiro - Para efeito do disposto na presente cláusula, encontram-se previstas neste contrato, as seguintes coberturas assistenciais:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, expressamente indicadas na lista de Credenciados;
- II. Cobertura dos seguintes procedimentos especiais:
 - a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia ambulatorial;
 - c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, dentre outros);
 - d) Hemoterapia ambulatorial;
- III. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, exceto cirurgias corretivas de miopia para graus inferiores a sete;
- IV. Exames clínicos e laboratoriais;
- V. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

VI. Assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico credenciado pelo **CELPOS SAÚDE**;

VII. Sessões de fisioterapia e fonoaudiologia;

VIII. Tratamentos básicos, em regime ambulatorial, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

Parágrafo segundo - Estão incluídos na assistência a que se refere o inciso VIII do parágrafo anterior:

a) atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) atendimentos às psicoterapias de crise, assim qualificadas como os atendimentos intensivos prestados por um ou mais profissionais da área da saúde mental, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumuláveis, com duração máxima de 12 (doze) semanas;

c) Tratamento básico, prestado por médico, com número ilimitado de consultas, bem como para os serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Seção II DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

Art. 16. Consideradas as coberturas previstas em regime de atendimento hospitalar, o Plano Alternativo Agregados compreende a cobertura dos seguintes serviços:

I. Internações hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos credenciados, desde que solicitadas pelo médico assistente, observada a prévia emissão da correspondente guia de encaminhamento, pela administração do **CELPOS SAÚDE**;

II. Tratamentos básicos em regime de internação, para todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto - infligidas.

III. Procedimentos especiais abaixo descritos:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia ;

c) Radioterapia (incluindo radiomoldage, radioimplante e braquiterapia);

d) Hemoterapia ;

e) Nutrição parenteral e enteral;

f) Procedimento diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;

g) Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

h) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção;

i) Embolizações e radiologia intervencionista;

j) Sessões de Fisioterapia.

Parágrafo primeiro - Estão incluídos na assistência a que se refere o inciso I do presente artigo:

- a) atendimentos hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação;
- b) Cobertura de internações hospitalares em UTI ou similares, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, a critério do médico assistente, desde que comprovado através de justificativa técnica deste;
- c) Cobertura de despesas referentes a honorários do clínico, do cirurgião, dos auxiliares médicos, dos anestesistas, dos hemodinamicistas, dos serviços gerais de enfermagem e alimentação recomendada para o Beneficiário - paciente;
- d) Cobertura de exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- e) Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- f) Cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, consoante acordo firmado entre o **CELPOS SAÚDE** e a rede credenciada hospitalar;
- g) Cobertura APENAS de transplantes de rim e córnea, contemplando todas as despesas com procedimentos vinculados, bem assim aquelas necessárias à realização do transplante, tais como despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicação de manutenção;
- h) Cobertura de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico, e seus respectivos acessórios que forem de fabricação nacional, excluindo aquelas destinadas a procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, de forma que as despesas atinentes às próteses, órteses e seus respectivos acessórios que forem importadas, somente serão cobertas no

caso da inexistência de material nacional similar, entendendo-se como material nacional similar aquele que atingir os mesmos fins ou efeitos proporcionados ou desejados pelo produto importado, sendo irrelevante a indagação da igualdade entre ambos;

i) Assistência neonatal, compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, no berçário, no centro de terapia intensiva ou similares;

j) Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ou de neoplasia maligna(câncer);

k) Cobertura de cirurgia plástica reparadora de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

l) Cirurgias cardíacas e hemodinâmicas;

m) Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

n) Parto e suas decorrências;

o) Cobertura de diárias de acompanhante, ou seja, pernoite e café da manhã, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos.

Parágrafo segundo - A cobertura a que se refere a alínea “g” do parágrafo anterior, quando dependentes de doador cadáver, somente será assegurada ao Beneficiário que esteja obrigatoriamente inscrito numa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, observando o critério de fila única de espera e seleção.

Parágrafo terceiro - Estão incluídos no atendimento a que se refere o inciso II deste artigo, nos limites abaixo estabelecidos, as seguintes coberturas:

a) Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou

enfermaria psiquiátrica de hospital geral, para os casos de transtornos psiquiátricos de crise;

b) Custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para os casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar;

c) O custeio de 8 (oito) semanas, por ano, não cumuláveis de tratamento em regime de hospital-dia;

d) Cobertura de 180 (cento e oitenta) dias por ano, não cumuláveis, de tratamento em regime hospital-dia, para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10.

Parágrafo quarto - A critério do **CELPOS SAÚDE**, poderá ser instituída co-participação após transcorridos os prazos definidos nas alíneas “a” a “d” do parágrafo anterior, mediante publicação de Resolução da Administração.

Parágrafo quinto - A assistência a que se refere a alínea “i” do parágrafo primeiro, acima, continuará a ser prestada, desde que o recém nascido elegível ao Plano, seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de nascimento.

Parágrafo sexto - Para fins de assistência prevista na alínea “j” do parágrafo primeiro acima, considera-se acidente pessoal todo evento súbito, externo, involuntário e violento causador de lesão física, não definido pela legislação como acidente de trabalho, excluídos os sísmicos de qualquer modalidade.

Art. 17. Caso haja, por indicação médica, a necessidade de prorrogação do tratamento, em regime hospitalar, dos transtornos psiquiátricos previstos no artigo 16, que exceda os limites previstos neste Regulamento, a responsabilidade financeira pelos atendimentos deverá ser assumida nos termos da co-participação, conforme parágrafo quarto do citado artigo.

Parágrafo único - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários

ao atendimento das lesões auto-infringidas, serão cobertos desde que se encontrem previamente contemplados no Rol de Procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações.

Seção III

DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 18. O **CELPOS SAÚDE**, com vista à execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a alta hospitalar, assegurará o atendimento necessário para os casos de emergência e urgência.

Parágrafo primeiro - Para os fins do disposto neste artigo, entende-se por emergência todos os eventos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados por declaração do médico assistente, e por urgência todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo segundo - A cobertura assistencial a que alude o presente artigo, compreende a remoção terrestre, dentro da abrangência geográfica do Plano Alternativo Agregados, para o hospital mais próximo do SUS ou da rede credenciada do **CELPOS SAÚDE** e a cobertura dos medicamentos ministrados no período de atendimento, consoante os valores expressos nas Revistas Brasíndice e SIMPRO, ou quaisquer outros referenciais que venham a substituí-los .

Parágrafo terceiro - Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer do período de carência, a cobertura assistencial estará assegurada até as primeiras 12 (doze) horas, em regime de atendimento ambulatorial.

Parágrafo quarto - Na hipótese do parágrafo anterior, a cobertura para internação não será assegurada, sendo a mesma de responsabilidade integral do Beneficiário.

Parágrafo quinto - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido após decorridas 24 (vinte e quatro) horas, contadas da vigência do contrato.

Parágrafo sexto - É assegurada a cobertura do atendimento de urgência ou emergência nos casos de complicações do processo gestacional, com ou sem carência.

Parágrafo sétimo - Estarão cobertos os atendimentos de urgência ou emergência, que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Parágrafo oitavo - Os atendimentos caracterizados como urgências e emergências, relacionados à doença ou lesão pré-existente, terão cobertura igual à da segmentação ambulatorial, ou seja, de 12 (doze) horas.

Seção IV DA REMOÇÃO

Art. 19 É assegurada a remoção inter-hospitalar, via terrestre e dentro do Estado de Pernambuco, desde que comprovada pelo médico assistente a impossibilidade de locomoção do Beneficiário, e somente se autorizada pela administração do **CELPOS SAÚDE**.

Parágrafo primeiro - O **CELPOS SAÚDE**, se necessário, será responsável pela cobertura da remoção do Beneficiário, após a realização do atendimento ambulatorial classificado como de urgência e/ou emergência pelo médico assistente, quando a entidade que prestou o primeiro atendimento não possuir recursos para a continuidade do tratamento.

Parágrafo segundo - A fim de que possa ser autorizada a remoção pleiteada pelo médico assistente ou pelo Beneficiário, o pedido concernente deverá ser previamente analisado pela administração do **CELPOS SAÚDE**, oportunidade em que poderão ser solicitadas maiores informações acerca da necessidade do procedimento requisitado.

Parágrafo terceiro - A responsabilidade do **CELPOS SAÚDE** pela cobertura da remoção do Beneficiário cessará caso este ou seu responsável opte pela continuidade do tratamento em unidade hospitalar de sua livre escolha, situação em que ficará o **CELPOS SAÚDE** totalmente isento, não somente do ônus financeiro relativo à remoção, mas também do ônus financeiro referente às despesas médicas, hospitalares e laboratoriais incorridas.

Parágrafo quarto - Caberá ao **CELPOS SAÚDE** o ônus e a responsabilidade de remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, nos casos em que o Beneficiário não tenha ainda cumprido o período de carência para o procedimento e/ou esteja sujeito à cobertura parcial temporária.

Parágrafo quinto - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento médico deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade de assistência, desobrigando-se, assim, o **CELPOS SAÚDE** desse ônus.

Parágrafo sexto - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não disponha dos recursos técnicos necessários à manutenção do tratamento, o **CELPOS SAÚDE** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo sétimo - Na remoção, o **CELPOS SAÚDE** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, cessando sua responsabilidade pelo usuário quando efetuado o registro na Unidade do SUS.

Seção V DO REEMBOLSO DE DESPESAS

Art. 20. Na hipótese de não existirem hospitais, clínicas ou profissionais credenciados em determinada especialidade, na área geográfica de cobertura prevista neste Regulamento, o **CELPOS SAÚDE**, após prévia análise, efetuará o reembolso das despesas provenientes dos serviços efetivamente utilizados pelos Beneficiários Agregados.

Parágrafo único - Os pedidos de reembolso, previstos no caput do presente artigo, serão avaliados, obedecendo aos limites previstos na Tabela de Honorários praticada pelo **CELPOS SAÚDE**, para os serviços credenciados.

Art. 21. A garantia prevista no artigo anterior, é assegurada, na forma e dentro das limitações deste Regulamento, aos casos de emergência e urgência, quando da impossibilidade de utilização dos serviços assistenciais de profissionais ou entidades credenciadas.

Parágrafo único - Para efeito de cálculo do reembolso previsto nesta seção, o **CELPOS SAÚDE** adotará como parâmetro para os procedimentos e serviços abaixo descritos, as seguintes tabelas:

a) Honorários médicos - tabela de honorários comprovadamente praticada pelo **CELPOS SAÚDE**;

b) Despesas hospitalares - O valor do reembolso estará limitado, em qualquer hipótese, ao valor específico pago pelo **CELPOS SAÚDE** para o presente plano (Tabela de pagamento para os prestadores da rede credenciada pelos mesmos serviços);

c) Medicamentos e materiais - O valor do reembolso estará limitado, em qualquer hipótese, ao valor específico pago pelo **CELPOS SAÚDE** para o presente plano (Revistas Brasíndice/ SIMPRO, ou quaisquer outros referenciais que venham a substituí-los).

Art. 22. A concessão dos reembolsos previstos nas hipóteses aventadas nos artigos 20 e 21, será efetuada diretamente ao Beneficiário, no prazo máximo de 30 (tinta) dias, contados da entrega ao **CELPOS SAÚDE**, da seguinte documentação:

I. Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pelo **CELPOS SAÚDE** (Recibos e Notas Fiscais);

II. Conta analítica (fatura) médico-hospitalar, discriminada e detalhada, incluindo relação de material e medicamentos consumidos;

III. Relatório médico pormenorizado, indicando a patologia, traumas ou complicações havidas, procedimentos adotados, bem como a data e horário do atendimento;

IV. Declaração do médico assistente, esclarecedora das razões que justificaram o atendimento de urgência e/ou emergência, quando for o caso.

Parágrafo primeiro - Tratando-se de serviço prestado por pessoa jurídica, somente será aceita a Nota Fiscal como documento hábil à comprovação das despesas a serem reembolsadas, ou, na hipótese de entidade isenta, a apresentação do Recibo comprobatório de atendimento.

Parágrafo segundo - A documentação apresentada para reembolso não deve conter dados errados ou rasuras que dificultem o cálculo correto dos valores a serem reembolsados pelo **CELPOS SAÚDE**.

TÍTULO III

DAS RESTRIÇÕES E DOS LIMITES E MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS ASSEGURADOS

CAPÍTULO VI

DAS CARÊNCIAS

Art. 23. Os Beneficiários Agregados somente farão jus aos serviços assistenciais especificados neste Regulamento, se observados os seguintes períodos de carência, contados da data de início da vigência:

I. 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, observando o disposto nos parágrafos terceiro e quarto do artigo 18;

II. 30 (trinta) dias para consultas médicas e entrevistas em psicologia;

III. 90 (noventa) dias para exames complementares e procedimentos básicos de diagnóstico e tratamento em assistência médica e procedimentos de diagnose em psicologia;

IV. 180 (cento e oitenta) dias para exames complementares, para procedimentos complexos de diagnóstico e tratamento e para internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas;

V. 180 (cento e oitenta) dias para sessões de psicoterapia;

VI. 300 (trezentos) dias para internações ocasionadas por parto a termo;

Parágrafo primeiro - Para fins de especificação do inciso IV do presente artigo, consideram-se procedimentos especiais:

1. Densitometria óssea;
2. Microscopia especular de córnea e GDX;
3. Doppler e Doppler fluxometria;
4. Ecocardiograma/MAPA;
5. Espirometria;
6. Exames anatomopatológico;
7. Exames oftalmológicos;
8. Fisioterapia
9. Fonaudiologia;
10. Histeroscopia;
11. Laserterapia;
12. Medicina nuclear;
13. Neuroradiologia;
14. Psicologia;
15. Psicomotricidade;
16. Tratamento dermatológico;
17. Ultrassonografia;
18. Urodinâmica completa;
19. Tomografia computadorizada;
20. Ressonância magnética;
21. Exame de imuhistoquímica;
22. Mapeamento cerebral;

23. Colonoscopia;
24. Colangiopancreatografia retrógrada;
25. Esclerose de varizes esofágicas;
26. Broncofibroscopia;
27. Exames genéticos;
28. Angiografia
29. Radiologia intervencionista;
30. Cateterismo cardíaco;
31. Litotripsia;
32. Polissonografia.
33. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
34. Quimioterapia;
35. Radioterapia (incluindo radiomoldage, radioimplante e braquiterapia);
36. Hemoterapia ;
37. Nutrição parenteral e enteral;
38. Procedimento diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
39. Embolizações e radiologia intervencionista;
40. Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
41. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea.

Parágrafo segundo - Estarão isentos do cumprimento de carências os Beneficiários Agregados indicados pelos titulares dos planos **CELPOS SAÚDE** Básico ou Executivo que aderirem ao presente, desde que tenham completado as carências daqueles planos.

Art. 24. O presente contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir do início da vigência contratual.

Parágrafo único - Decorrido o prazo de vigência inicial, e não havendo manifestação contrária por escrito do Beneficiário, a renovação será automática e sucessiva por iguais períodos de 1(um) ano, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer prazo adicional de carência.

Art. 25. A Declaração de Saúde deverá ser preenchida no ato da inscrição no

programa de saúde e subscrita de próprio punho e sem rasuras pelo titular, em nome dos Beneficiários Agregados, com informações precisas e completas, especialmente no tocante às doenças e/ou lesões pré-existentes, devendo ser informada, ainda, a existência de seqüelas e deficiências adquiridas e/ou congênitas, incluindo as condições sabidas e assintomáticas.

Parágrafo primeiro - É vedada a alegação de doenças ou lesões pré-existentes, após a entrevista qualificada, se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário agregado.

Parágrafo segundo - Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, relacionados à doença ou lesão pré-existente, terão cobertura igual à da segmentação ambulatorial, ou seja, de 12 (doze) horas.

Parágrafo terceiro - A cobertura parcial temporária provocará a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes por um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data de inscrição. Findo o prazo, a cobertura será integral, não cabendo qualquer tipo de agravo.

Parágrafo quarto - Define-se “Agravado” como qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano para o portador de doenças ou lesões preexistentes.

Parágrafo quinto - A cobertura parcial temporária ou o agravo dependerá exclusivamente de decisão do Beneficiário por meio de declaração expressa.

Parágrafo sexto - Os Beneficiários Agregados dos planos de assistência médica **CELPOS SAÚDE** Básico ou Executivo que aderirem ao presente plano ficam dispensados do preenchimento da Declaração de Saúde acima mencionada.

Parágrafo sétimo - O **CELPOS SAÚDE** poderá comprovar o conhecimento prévio dos Beneficiários Agregados sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação, ser caracterizada como ato fraudulento.

Parágrafo oitavo - Para fins da comprovação a que se refere o parágrafo anterior, o **CELPOS SAÚDE** poderá utilizar-se de qualquer documento legal, assumindo o ônus da prova e comunicando imediatamente ao Beneficiário a existência de doença ou lesão, não declarada por ocasião da inscrição do plano.

Parágrafo nono - Caso o Beneficiário Agregado não concorde com a alegação de patologia preexistente, a **CELPOS SAÚDE** deverá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde - ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, sendo que acolhida a alegação pela ANS, o titular passará a ser responsável 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 pelo **CELPOS SAÚDE**.

Parágrafo décimo - Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato, até o julgamento da situação descrita no parágrafo anterior pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Parágrafo décimo primeiro - Quando houver mais de 50 (cinquenta) participantes no Plano, será dispensado o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária ou pagamento de Agravos em casos de doenças e lesões pré-existentes, dispensando-se, ainda, nesses casos, o preenchimento da Declaração de Saúde.

CAPÍTULO VII

DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS

Art. 26. Os Beneficiários serão atendidos por profissionais ou entidades médico-hospitalares credenciados, mediante apresentação de comprovante de pagamento da mensalidade atual, quando for o caso, do documento de identidade, e da guia de encaminhamento devidamente emitida pela administração do **CELPOS SAÚDE**, para cada caso e evento.

Parágrafo primeiro - Em caso de internação, o Beneficiário terá direito à acomodação em padrão enfermaria, conforme previamente definida em sua respectiva Proposta de Inscrição ou Termo de Migração, em hospitais credenciados pelo **CELPOS SAÚDE**.

Parágrafo segundo - Fica garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional para o Beneficiário, na hipótese de indisponibilidade da acomodação prevista nas respectivas entidades hospitalares credenciadas.

Parágrafo terceiro - Caso o Beneficiário Agregado venha a optar por acomodação superior, a diferença da diária será paga diretamente pelo Beneficiário agregado ao prestador do serviço, incidindo, também, em igual proporção, sobre as demais despesas caso haja sobretaxa pela escolha de acomodação de padrão superior.

Parágrafo quarto - A cobertura será garantida estritamente em conformidade com as orientações especificadas na autorização de internação, devendo a reserva de acomodação no hospital ser procedida pelo médico assistente.

Parágrafo quinto - O Beneficiário Agregado pagará diretamente ao prestador as despesas extras bem como as despesas relativas a serviços que não estiverem especificadas na autorização de internação.

Art. 27. Ao ser atendido, o Beneficiário deverá conferir e assinar a guia dos serviços prestados.

Art. 28. Exceto para a realização de consultas e exames especificados nos incisos I e IV do parágrafo primeiro do Art. 15, a fim de que possa ter assegurado o direito à cobertura dos demais serviços assistenciais prestados em regime de atendimento ambulatorial, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no artigo 6º deste Regulamento, a guia de encaminhamento, devidamente emitida pela administração do **CELPOS SAÚDE**.

Art. 29. As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas vinculadas (sala de operações, auxiliares, instrumental cirúrgico, curativos, dentre outros gastos necessários), os tratamentos clínicos e os procedimentos especiais previstos neste Regulamento, deverão ser

previamente autorizados pelo **CELPOS SAÚDE**, mediante apresentação, pelo Beneficiário, de relatório assinado pelo médico assistente, indicativo do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e expectativa de duração.

Parágrafo primeiro - O médico assistente poderá solicitar a prorrogação do tempo de internação, por intermédio de laudo fundamentado, em tempo hábil para que se proceda a verificação e posterior autorização para o prosseguimento do tratamento.

Parágrafo segundo - A autorização a que se refere o parágrafo anterior dar-se-á, expressamente na guia correspondente e cobrirá o tempo de permanência inicialmente concedido, sendo exigido para outra autorização, em caso de prorrogação do tratamento, a justificativa técnica do médico assistente em relatório assinado.

Art. 30 As solicitações de autorização de internações eletivas deverão ser analisadas previamente pelo setor de perícia médica do **CELPOS SAÚDE**, a quem caberá emissão de parecer técnico.

Parágrafo primeiro - A perícia médica do **CELPOS SAÚDE** poderá solicitar ao Beneficiário que este requeira junto ao seu médico assistente, subsídios técnicos acerca da indicação para o (s) procedimentos (s) proposto (s).

Parágrafo segundo - Solicitação idêntica à referida no parágrafo anterior, poderá ser requisitada ao Beneficiário, relativamente à autorização dos procedimentos ambulatoriais.

Parágrafo terceiro - Havendo divergência entre o parecer emitido pelo perito médico e a indicação do tratamento proposto pelo médico assistente, o **CELPOS SAÚDE** autorizará que o desempate dê-se através de um terceiro médico, escolhido de comum acordo entre o Beneficiário e o **CELPOS SAÚDE**, cabendo a este a responsabilidade pelas despesas decorrentes de tal intervenção.

Parágrafo quarto - O **CELPOS SAÚDE** não autorizará a realização de internações na véspera de procedimentos eletivos, salvo quando a situação clínica do paciente assim exigir, justificada através de declaração do médico assistente.

Parágrafo quinto - As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas ao **CELPOS SAÚDE**, até o segundo dia útil subsequente à data da internação, a fim de que seja emitida a guia correspondente, sob pena da não cobertura das despesas resultantes do atendimento. Para tanto, será necessário o encaminhamento de relatório fundamentado emitido pelo médico assistente, sendo a cobertura garantida estritamente em conformidade com as orientações especificadas na autorização de procedimentos.

Parágrafo sexto - O Beneficiário Titular responderá, integralmente, pelo ônus decorrente da contratação direta realizada por si ou por seus Beneficiários Agregados, quando:

- I. Omitir a sua condição de inscrito no **CELPOS SAÚDE**;
- II. Utilizar-se de prestadores ou profissionais não conveniados, em localidade onde houver entidade credenciada que preste o serviço especializado necessário, exceto nas situações de urgência e emergência.

Parágrafo sétimo - A cobertura dos serviços abaixo relacionados dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia do **CELPOS SAÚDE**, mediante solicitação à Central de Atendimento:

- I. Exames de Ressonância Magnética;
- II. Exames de Tomografia Computadorizada
- III. Exames em Medicina Nuclear (Angiografia, Cintilografia, etc)
- IV. Endoscopia Digestiva Alta
- V. Colonoscopia;
- VI. Exames de Ultrassonografia em geral;
- VII. Exames de Hemodinâmica (Angioplastia, Cateterismo, etc);
- VIII. Exames em Eletroencefalografia e Neurofisiologia
(Eletroencefalograma, Mapeamento Cerebral, Polissonografia, etc);
- IX. Hemodiálise;
- X. Quimioterapia e Radioterapia;
- XI. Sessões de Fisioterapia;
- XII. Mamografia;
- XIII. Colposcopia

XIV. Exames em Cardiologia (Ecocardiograma, Teste Ergométrico, Holter, M.A.P.A., dentre outros)

XV. Cirurgias Eletivas

Parágrafo oitavo - Para a obtenção das coberturas abaixo discriminadas, o Beneficiário Agregado deverá, obrigatoriamente, consultar previamente o **CELPOS SAÚDE**, que poderá, a qualquer tempo, promover o direcionamento do mesmo para instituição credenciada específica:

I. cirurgia para retirada de amígdalas;

II. cirurgias cardíacas;

III. procedimentos em hemodinâmica;

IV. cirurgias ortopédicas;

V. colecistectomias;

VI. cirurgias ginecológicas e obstétricas;

VII. retirada de cistos, lipomas e nevus;

VIII. gastroplastias a céu aberto;

IX. correção cirúrgica de hérnias;

X. Litotripsia;

XI. cirurgias de próstata;

XII. cirurgias de tireóide;

XIII. cirurgias de mama;

XIV. tratamento cirúrgico de varizes;

XV. Assistência/internação domiciliar, apenas como substituto da internação hospitalar, exclusivamente, a critério do **CELPOS SAÚDE**;

XVI. Atendimento de emergência em domicílio, exclusivamente, a critério do **CELPOS SAÚDE**.

CAPÍTULO VIII

DAS PARTICIPAÇÕES DO ASSOCIADO

Art. 31. O Plano Alternativo Agregados, colocado à disposição dos Beneficiários Agregados é um Plano de autogestão, sendo todas as despesas para manutenção do Plano, inclusive as despesas com a cobertura assistencial e as despesas administrativas integralmente custeadas em conjunto pela Patrocinadora, **CELPE** - Companhia Energética de Pernambuco,

conforme limite e valor por ela anualmente definido para o referido Plano e principalmente pelos Beneficiários Agregados, mediante o pagamento de contribuições.

Parágrafo primeiro - As contribuições dos Beneficiários Agregados serão calculadas em função da idade, e o valor da contribuição mensal constará de Tabela anual anexa ao formulário TERMO DE ADESÃO, sendo o referido montante acrescido de percentual relativo à mudança de faixa etária, quando da assunção à nova faixa, conforme previsto neste Regulamento.

Parágrafo segundo - O pagamento das contribuições mensais dos Beneficiários Agregados será, sempre, de responsabilidade do Beneficiário Titular, que responde pelos Beneficiários Agregados, mediante consignação em folha de pagamento (pagamento consignado em folha), e nas hipóteses em que não puder haver desconto das contribuições em folha, o pagamento, será realizado mediante documento de cobrança emitido pelo **CELPOS SAÚDE** em nome do titular, com vencimento no último dia de cada mês.

Parágrafo terceiro - Caso não seja efetuado o pagamento na data de vencimento, o valor será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária calculada com base no INPC, tudo calculado pro rata dia.

Art. 32. Será devida co-participação, que consiste na parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular ao **CELPOS SAÚDE**, referente à utilização das coberturas ambulatoriais contratadas pelos Beneficiários Agregados.

Art. 33. O pagamento da co-participação, no percentual de 30%(trinta por cento) será devido pelo Beneficiário Titular e será cobrada juntamente com a contribuição mensal, mediante a apresentação de relatório detalhado.

Parágrafo único - A co-participação dos Beneficiários definida no caput do presente artigo, estará limitada ao valor definido em Resolução Administrativa, corrigível sempre que houver reajuste na mensalidade.

CAPÍTULO IX

DAS COBERTURAS NÃO ASSEGURADAS

Art. 34. Não será assegurada pelo **CELPOS SAÚDE** a cobertura dos seguintes serviços:

I - procedimentos não éticos ou ilegais, inclusive tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

II - cirurgias plásticas estéticas;

III - quaisquer tratamentos de natureza estética ou embelezadora, inclusive órteses e próteses para esse fim;

IV - internações em casas de repouso, clínicas de idosos ou de emagrecimento, “SPAS” e congêneres, mesmo com indicação médica, exceto os casos de obesidade mórbida.

V - atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

VI - enfermagem em caráter particular;

VII - atendimento domiciliar de qualquer natureza, inclusive os de enfermagem, exceto quando enquadrado em programa específico para cuidados domiciliares como substitutivos da internação hospitalar, cabendo exclusivamente ao **CELPOS SAÚDE** a deliberação acerca dos critérios para esse tipo de internamento;

VIII - procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos emitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, como anexo da RN 82 de 29/09/2004 ou outra norma que venha a substituí-la, que constitui a referência básica para cobertura assistencial dos plano privados de assistência à saúde;

IX - transplantes, inclusive os tratamentos pré e pós-operatórios, à exceção dos de rins e córneas;

X - inseminação artificial;

XI - medicamentos não registrados na Divisão de Controle de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED) e medicamentos importados não nacionalizados;

XII - medicamentos e materiais prescritos para tratamento domiciliar;

XIII - próteses e órteses de implantes cirúrgico importadas, na existência de similar nacional e de menor custo;

XIV - próteses e órteses externas e não implantadas cirurgicamente (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, braços e pernas mecânicas, dentre outros).

XV - vacinas, constantes ou não do calendário oficial;

XVI - despesas hospitalares não relacionadas diretamente ao tratamento, tais como: refeições especiais ou extras de acompanhante, ligações telefônicas, estacionamento de veículos, dentre outros;

XVII - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVIII - quaisquer despesas, antes do cumprimento das carências devidas, previstas no presente regulamento;

XIX - confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos ortopédicos e demais próteses e órteses e seus acessórios, não ligados aos atos cirúrgicos;

XX - remoção fora da área de abrangência geográfica deste Regulamento.

XXI - odontologia preventiva e curativa.

TÍTULO IV DO CUSTEIO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL

CAPÍTULO X DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS, CRITÉRIOS DE REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO

Art. 35 A contraprestação pecuniária a ser paga pelo Beneficiário Agregado, relativamente aos serviços oferecidos pelo Plano Alternativo Agregados, denomina-se CONTRIBUIÇÃO cujo valor correspondente encontra-se indicado na tabela de contribuição prevista na Proposta de Inscrição expedida pela administração do **CELPOS SAÚDE**.

Parágrafo único - O valor da contraprestação pecuniária, a ser efetuada pelo Beneficiário será pelo sistema pré-estabelecido.

Art. 36 As contribuições prestadas pelos Beneficiários poderão sofrer aumento, anualmente, decorrente dos seguintes fatores:

- I.** Impactação de custos, advindos de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos por este Regulamento;
- II.** Inserção de procedimentos médicos, ou também, de novos métodos de diagnósticos e terapia;
- III.** Avanços tecnológicos do setor;
- IV.** Mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira;
- V.** Aumento da sinistralidade;

Parágrafo primeiro - A apuração do percentual de aumento será realizada anualmente, com vista à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Plano Alternativo Agregados observando, para tanto, os pertinentes estudos atuariais.

Parágrafo segundo - O Comitê de Gestão analisará e avaliará a situação financeira/econômica do presente Plano e definirá os parâmetros de reajuste das contribuições previstas neste artigo .

Parágrafo terceiro - As contribuições mensais serão fixadas com base em estudo atuarial próprio para essa finalidade e comunicadas à ANS até 30 (trinta) dias após a sua aplicação. A data-base para revisão do estudo atuarial para fins de recálculo das contribuições mensais será o mês de fevereiro.

Parágrafo quarto - Em periodicidade a ser definida pelo Comitê de Gestão, será analisada a situação financeira/econômica do presente programa de saúde, e acaso constatada pelo referido Comitê a insuficiência de recursos financeiros para custear as despesas de manutenção do Plano, inclusive as despesas administrativas, serão devidas contribuições extraordinárias exclusivamente por parte dos Beneficiários Titulares, que serão calculadas mediante estudos técnicos, destinadas à eliminação da insuficiência e cobradas preferencialmente no mês subsequente à apuração da insuficiência de acordo com o logo abaixo estabelecido.

Parágrafo quinto - A contribuição extraordinária será rateada entre o universo de Beneficiários Agregados, atribuindo-se proporcionalmente o valor individualizado, de acordo com os mesmos critérios fixados acima.

Parágrafo sexto - O pagamento da contribuição extraordinária será devido pelo Beneficiário Titular em uma única parcela, obedecendo à mesma forma e prazos de pagamento das contribuições mensais, ficando a critério do **CELPOS SAÚDE**, a deliberação acerca do parcelamento da quitação da contribuição extraordinária.

Parágrafo sétimo - Além do reajuste financeiro, as mensalidades serão reajustadas quando houver deslocamento para outra faixa etária do Beneficiário Agregado, com exclusão da faixa etária de 59 (cinquenta e nove) anos em diante, conforme abaixo:

- I. Ao completar 19 anos 44,15%
- II. Ao completar 24 anos 4,03%
- III. Ao completar 29 anos 28,19%

IV. Ao completar 34 anos 22,72%

V. Ao completar 39 anos 20,14%

VI. Ao completar 44 anos 12,92%

VII. Ao completar 49 anos 24,00%

VIII. Ao completar 54 anos 12,92%

IX. Ao completar 59 anos 31,59%

Parágrafo oitavo - O novo valor da contribuição mensal em decorrência da mudança de faixa etária será cobrada no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário Agregado.

Parágrafo nono - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, assim como a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 37 O recebimento do valor das contribuições será realizado, a critério da administração do **CELPOS SAÚDE**, mediante:

I. Consignação em folha salarial;

II. Boleto bancário;

III. Outras formas determinadas pelo **CELPOS SAÚDE**.

Parágrafo primeiro - A liquidação de outros débitos de responsabilidade dos Beneficiários também será realizada consoante uma das formas especificadas nos incisos I a III do presente artigo.

TÍTULO V **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 38. A aceitação da inscrição de Beneficiários Agregados dar-se-á em prazo não superior a 30 (trinta) dias, contados da devolução da documentação entregue para a adesão, bem assim de documentação adicional, eventualmente solicitada pela administração do **CELPOS SAÚDE**.

Art. 39. O prazo mencionado no artigo anterior poderá ser prorrogado, caso assim seja necessária, a critério do **CELPOS SAÚDE**, realização de exames clínicos ou perícias, assim como a comprovação acerca da titularidade ou vínculo de parentesco com os respectivos Beneficiários titulares.

Art. 40. Na hipótese de representação movida por profissional ou instituição contra o Beneficiário, pela prática de atitudes hostis ou qualquer ato considerado ilícito, a administração do **CELPOS SAÚDE** terá competência para apurar e tomar as providências cabíveis à resolução do fato.

Art. 41. Antes de promover qualquer ação judicial contra o **CELPOS SAÚDE** ou terceiros, o Beneficiário que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida pelo **CELPOS SAÚDE**, poderá dirigir-se formalmente à administração da entidade, aguardando, em seguida, resposta à solicitação realizada.

Art. 42. Os valores correspondentes às contribuições e demais obrigações financeiras devidas pelos Beneficiários, admitem a natureza de dívida líquida, certa e exigível, inclusive por Processo de Execução.

Art. 43. Qualquer tolerância ou liberalidade por parte do **CELPOS SAÚDE** que esteja em desacordo com o disposto neste Regulamento, não constituirá, em hipótese alguma, novação ou modificação dos seus termos, não gerará qualquer direito, nem criará qualquer obrigação para o **CELPOS SAÚDE** de efetuar-lá novamente em outra ocasião.

Art. 44. Em caso de eventos ocorridos com Beneficiários Agregados, cuja responsabilidade civil seja de terceiros, o **CELPOS SAÚDE** poderá acionar os meios legais para obter o ressarcimento das despesas incorridas em consequência do evento danoso.

Art. 45. O Fundo de Reserva do Plano Alternativo Agregados representa uma reserva técnica financeira objetivando a cobertura das oscilações mensais de custos do **CELPOS SAÚDE**, sendo composto das seguintes fontes de receitas:

I. Saldos financeiros mensais positivos oriundos da diferença entre o arrecadado com as mensalidades atuarialmente fixadas e as despesas diretas e administrativas do Plano Alternativo Agregados;

II. Saldos financeiros positivos obtidos nas demais modalidades assistenciais do **CELPOS SAÚDE**;

III. Bens ou valores havidos por qualquer título e suas rendas eventuais, inclusive as decorrentes da aplicação dos recursos do Fundo de Reserva;

Parágrafo primeiro - O Fundo de Reserva do presente Plano será utilizado de acordo com diretrizes traçadas pelo Comitê de Gestão.

Parágrafo segundo - O **CELPOS SAÚDE**, na qualidade de gestor dos recursos repassados pela Patrocinadora e pelos Beneficiários, obriga-se, anualmente e na forma da lei, a prestar contas de todas as atividades, receitas e despesas relacionadas aos Planos disponibilizados pelo mesmo.

Art. 46. O Beneficiário Agregado participante do presente plano não poderá mudar para outro plano disponibilizado pelo **CELPOS SAÚDE**.

Art. 47. O presente Regulamento vigorará, observadas as disposições legais aplicáveis, enquanto vigente o relacionamento entre a **CELPE** e a **CELPOS** no tocante ao oferecimento de plano médico.

TÍTULO VI **DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

Art. 48. No caso de extinção do Plano Alternativo Agregados, se houver recursos líquidos remanescentes, estes serão utilizados no atendimento dos demais serviços assistenciais mantidos pela **CELPOS**.

Art. 49. A área geográfica de cobertura do presente plano assistencial restringe-se ao território do Estado de Pernambuco.

Art. 50. Para dirimir dúvidas a respeito de seu plano, para marcação de internação e prorrogações, o Beneficiário poderá acessar o Call Center e o sítio eletrônico da **CELPOS**.

Art. 51. O **CELPOS SAÚDE** reserva-se o direito de cancelar os serviços preferenciais de hospitais, bem como nomear novos serviços de atendimento do mesmo padrão, desde que haja aviso prévio de 30 (trinta) dias ao Beneficiário e autorização prévia da ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Art. 52. A sistemática estabelecida neste Regulamento entrará em vigor, a partir de 15/04/2007.

Art. 53. O **CELPOS SAÚDE** expedirá normas complementares, mediante Resoluções de Diretoria, necessárias à regulamentação das disposições previstas neste Regulamento, ao bom desempenho da assistência prestada e à solução dos casos omissos.

Art. 54. Fica eleito o Foro do Beneficiário Titular para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente Regulamento.

CELPOS
saúde

R. João Fernandes Vieira, 190, 5º andar
Boa Vista. Recife-PE. CEP 50.050-200
Telefone: (81) **2128.4000** | Fax: (81) **2128.4039**
celpossaude@celpos.com.br • www.celpos.com.br

ANS - N.º 32169-9