

REGULAMENTO DO
PLANO ALTERNATIVO
APOSENTADOS

CELPOS
saúde

Registro na ANS N.º 455.353/06-5

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.	5
TÍTULO II	DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS	8
CAPÍTULO IV	DA REDE ASSISTENCIAL.	8
CAPÍTULO V	DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS.	9
Seção I	DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL	9
Seção II	DO ATENDIMENTO HOSPITALAR	11
Seção III	DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.	15
Seção IV	DA REMOÇÃO.	16
Seção V	DO REEMBOLSO DE DESPESAS.	18
TÍTULO III	DAS RESTRIÇÕES E DOS LIMITES E MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS ASSEGURADOS	20
CAPÍTULO VI	DAS CARÊNCIAS.	20
CAPÍTULO VII	DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS	24
CAPÍTULO VIII	DAS PARTICIPAÇÕES DO ASSOCIADO	29
CAPÍTULO IX	DAS COBERTURAS NÃO ASSEGURADAS	30
TÍTULO IV	DO CUSTEIO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL	32
CAPÍTULO X	DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS, CRITÉRIOS DE REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO.	32
TÍTULO V	DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	35
TÍTULO VI	DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS.	37

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 Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas, administrado sob a modalidade de Autogestão, sem finalidade lucrativa, na forma e condições estabelecidas no presente Regulamento Geral, aos aposentados, ex-empregados e pensionistas e seus respectivos Dependentes.

Parágrafo primeiro - O Plano Alternativo Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas 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 - Podem aderir ao presente Regulamento, na qualidade de Beneficiário Titular, as seguintes pessoas:

- I.** Os ex-empregados da **CELPE** e da **CELPOS** que se encontram afastados e sem vencimentos, desde que sejam participantes do Plano de Previdência mantido pela **CELPOS**;
- II.** Ex-empregados da **CELPE** e da **CELPOS** que não sejam participantes de plano de previdência mantido pela **CELPOS**, mas que se enquadrem no que estabelece este regulamento.
- III.** Os aposentados da **CELPE** e da **CELPOS** e que na ativa participaram do Plano Alternativo Ativos.

IV. Os pensionistas vinculados ao Plano de Benefícios de Previdência Complementar da Fundação Celpe de Seguridade Social.

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 Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas é privativa dos associados relacionados no artigo 1º, podendo o Beneficiário Titular indicar, na qualidade de Beneficiários Dependentes, apenas as seguintes pessoas:

- I.** Um(a) cônjuge ou um(a) companheiro(a);
- II.** Os filhos solteiros de ambos os sexos, menores de 21 (vinte e um) anos de idade;
- III.** Os filhos solteiros de ambos os sexos, menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que comprovadamente sejam estudantes do 3º (terceiro) grau;
- IV.** Os filhos inválidos de ambos os sexos, solteiros, de qualquer idade;
- V.** Os tutelados, curatelados ou sob guarda nas mesmas condições de filho(a) acima descritos;
- VI.** Os enteados, quando economicamente Dependentes e nas mesmas condições de filho(a) acima descritas.

Parágrafo primeiro - A adesão ao Plano Alternativo Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas 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 segundo - Observar-se-á que, em ambas as hipóteses previstas no parágrafo primeiro deste artigo, a acomodação será sempre em quarto coletivo/ enfermaria.

Parágrafo terceiro - **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 - Para a inclusão dos Dependentes, faz-se necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- I. (a) cônjuge é necessário a apresentação da certidão de casamento.
- II. No caso de companheiro(a), o Beneficiário Titular deverá apresentar o Documento de identidade do(a) companheiro(a) e atender integralmente às seguintes condições:
 - a) O Beneficiário Titular deve ser solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, desquitado ou divorciado(a);
 - b) Apresentar escritura pública de Declaração de Dependente (união estável) ou certidão de nascimento de filhos em comum ou comprovação de vida em comum;

c) o(a) companheiro(a) deve ser solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, desquitado ou divorciado(a);

III. No caso de inclusão de filhos e/ou enteados é necessária a apresentação de Certidão de Nascimento.

IV. Para a inclusão de tutelados, curatelados, posse-e-guarda, bem como para sua manutenção ou sempre que requisitado, o Beneficiário Titular deverá apresentar a Certidão de Nascimento e Certidão do Poder Judiciário da tutela, curatela ou guarda.

V. Para estudantes do 3º (terceiro) grau, maiores de 21(vinte e um) anos e menores 24(vinte e quatro) anos, o Beneficiário Titular deverá apresentar, além dos documentos acima especificados a Declaração semestral e original de frequência em caráter regular emitido pelo estabelecimento de ensino do 3º (terceiro) grau.

VI. Para a inclusão de filhos, enteados e/ou tutelados, curatelados ou posse-e-guarda, inválidos que já completaram a maioridade, o Beneficiário Titular deverá apresentar os seguintes documentos: Atestado médico do INSS ou de outro Órgão Público competente que comprove a invalidez permanente, contendo diagnóstico, nome completo do médico emissor e número de seu CRM, ou ainda Exame pericial a critério e por determinação do **CELPOS SAUDE**.

Parágrafo segundo - Para os efeitos deste Regulamento, entende-se por enteado o filho economicamente dependente do(a) atual cônjuge, concebido anteriormente a este matrimônio ou união estável.

Parágrafo terceiro - Os filhos dos Beneficiários elegíveis ou não ao Plano Alternativo Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas, 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, se neste período 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 quarto - 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-adotante, desde que sua inclusão tenha sido solicitada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção.

Art. 5º A critério do **CELPOS SAÚDE**, poderão ser solicitados exames pré-admissionais para a adesão do Beneficiário Titular e Dependentes, bem como, entrevista qualificada por médico indicado pelo **CELPOS SAÚDE** sendo o Beneficiário 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 Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas 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 Titulares e Dependentes 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. Por sua própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito, desde que formulado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- III. Sempre que, por fraude, o titular ou dependente 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;

VI. Quando o ex-empregado da **CELPE** ou da **CELPOS**, após o decurso do período mencionado neste regulamento perder sua condição, por qualquer motivo, de participante de plano de previdência da **CELPOS**.

VII. A exclusão, por qualquer motivo, em nenhuma hipótese eximirá o Beneficiário Titular de eventuais pagamentos;

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 Titular, 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 ao mesmo e/ou aos seus Beneficiários Dependentes, 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 Dependentes.

Parágrafo quinto - O Beneficiário Titular poderá solicitar a exclusão dos Beneficiários Dependentes a qualquer tempo, desde que a solicitação seja feita por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Parágrafo sexto - A exclusão dos Beneficiários Dependentes ocorrerá, ainda, nas seguintes hipóteses, independentemente da vontade do Beneficiário Titular:

- I. Ocorrendo perda da condição de dependente do(a) cônjuge ou companheiro(a), por separação formal ou divórcio;
- II. Quando não se tenha comprovado, nos casos de tutela, curatela ou posse-e-guarda, a prorrogação judicial desta condição;
- III. Quando o(a) ex-cônjuge ou ex-companheiro(a), por separação ou divórcio, que não tenha mais assegurada a obrigatoriedade judicial de cobertura de plano de saúde;
- IV. Quando o Beneficiário Titular se desligar definitivamente da **CELPE** ou **CELPOS**, sem manutenção de qualquer vínculo previdenciário com a **CELPOS**, observado o disposto neste regulamento;
- V. Em relação aos enteados, por ocasião da separação ou divórcio do Beneficiário Titular.

Parágrafo sétimo - Cabe ao Beneficiário Titular comprovar em tempo hábil a condição de estudante de 3º (terceiro) grau semestralmente, conforme definido neste Regulamento, permitindo a permanência do filho ou enteado até 24 (vinte e quatro) anos de idade, sob pena de suspensão dos benefícios contratados enquanto não houver a devida comprovação.

Parágrafo oitavo - Em qualquer hipótese de exclusão de Beneficiários Dependentes, o Titular permanecerá responsável pelo pagamento das contribuições referentes aos Beneficiários Dependentes excluídos eventualmente em atraso, inclusive a do mês em que tiver ocorrido a comunicação.

Parágrafo nono - O Titular ficará também responsável pela devolução das credenciais de Identificação dos Beneficiários excluídos, bem como pelo pagamento integral de todos os gastos ou despesas cobertas, decorrentes

de serviços prestados aos excluídos, desde a data da exclusão até a efetiva devolução das credenciais de identificação em poder destes.

Parágrafo décimo - Depois de efetivada a exclusão, o **CELPOS SAÚDE** estará inteiramente desobrigado de prestar aos Beneficiários excluídos os serviços e as coberturas previstas no presente Regulamento.

TÍTULO II DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS

CAPÍTULO IV DA REDE ASSISTENCIAL

Art. 8º O **CELPOS SAÚDE** colocará à disposição dos Beneficiários Titulares e Dependentes, inscritos no Plano Alternativo Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas, 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. A substituição de estabelecimento hospitalar, durante o período de internação dos Beneficiários, gera as seguintes conseqüências: o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação; o **CELPOS**

SAÚDE a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico 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 Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas 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 Administrativa.

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 Aposentados, ex-empregados e pensionistas, 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 Exceto para os casos específicos de situações caracterizadas como de urgência ou emergência médica apenas será permitida 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 sujeita 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 Titular e Dependentes.

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 honorária 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, os 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 Titulares e Dependentes 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 imunohistoquímica;
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 peritoneal - 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 dos planos de assistência médica **CELPOS SAÚDE** Básico ou Executivo que aderirem ao presente plano, 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 Titulares e Dependentes, 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 Titular e seus Dependentes.

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 “Agravo” como qualquer acréscimo no valor

da contraprestação pecuniária do plano para o portador de doenças ou lesões pré-existentes.

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

Parágrafo sexto - Os Beneficiários Titulares e Dependentes 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 Titular e demais Dependentes 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 Titular e/ou Dependente não concorde com a alegação de patologia pré-existente, o **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 Agravo 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 venha a optar por acomodação superior, a diferença da diária será paga diretamente pelo beneficiário 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. A reserva de acomodação no hospital deverá ser feita pelo médico assistente.

Parágrafo quinto - O Beneficiário 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 e assinada pela administração do **CELPOS SAÚDE**.

Art. 29 As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas 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 exigida, 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 responderá, integralmente, pelo ônus decorrente da contratação direta realizada por si ou por seus Dependentes econômicos, 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 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 nevos;
- 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 Aposentados, ex-empregados e pensionistas, colocado à disposição dos Beneficiários Titular e Dependentes 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 Titular e Dependentes, mediante o pagamento de contribuições.

Parágrafo primeiro - As contribuições dos Beneficiários Titular e Dependentes serão calculadas em função da idade. O valor da contribuição mensal constará de Tabela anual anexa ao formulário TERMO DE ADESÃO sendo que a tal valor será acrescido eventual percentual relativo à mudança de faixa etária, conforme previsto neste.

Parágrafo segundo - O pagamento das contribuições mensais dos Beneficiários será, sempre, de responsabilidade do Beneficiário Titular, que responde por si e pelos Beneficiários Dependentes, e se dará mediante consignação em folha de pagamento, 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 - As contribuições mensais da Patrocinadora, bem como as contribuições dos Beneficiários consignadas em folha de pagamento da **CELPOS**, serão repassadas ao **CELPOS SAÚDE** até o quinto dia de cada mês subsequente.

Parágrafo quarto - 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 inscritos no presente programa de saúde.

Art. 33 O pagamento da co-participação, no percentual de 30% (trinta) 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-transplante, 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 Titular e Dependentes, relativamente aos serviços oferecidos pelo Plano Alternativo Aposentados, ex-empregados e pensionistas, 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 efetuado pelo Beneficiário é o 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 vistas à manutenção do equilíbrio econômico - financeiro do Plano Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas 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 Titulares e Dependentes, 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 dos Beneficiários, 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 4,02%
- 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 Titular e/ou Dependentes.

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 Beneficiário Titular e Dependentes 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 Dependentes.

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 da **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-la novamente em outra ocasião.

Art. 44. Em caso de eventos ocorridos com Beneficiários Titular e Dependentes, 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 Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas 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 atuariaismente fixadas e as despesas diretas e administrativas do Plano Alternativo Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas.

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 gestora 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 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.

Art. 47 O ex-empregado da **CELPE** ou da **CELPOS** que não seja participante de plano de previdência da **CELPOS**, em caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, desde que assuma o seu pagamento integral e pleiteie sua manutenção no prazo de 30 dias contados a partir da data da perda do vínculo empregatício, poderá manter sua condição de Beneficiário Titular e bem assim seus Dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo prazo correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano, assegurado o prazo de mínimo de 06 (seis) meses e limitado ao prazo máximo de 24 (vinte e quatro meses), conforme art. 30 da Lei 9656/98.

Art. 48 O aposentado da **CELPE** ou da **CELPOS** que não seja participante de plano de previdência da **CELPOS**, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, desde que assuma o seu pagamento integral e pleiteie sua manutenção no prazo de 30 dias contados a partir da data da perda do vínculo empregatício, poderá manter sua condição de Beneficiário Titular e bem assim seus Dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo prazo previsto no art. 31 da Lei 9656/98.

TÍTULO VI **DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

Art. 49. No caso de extinção do Plano Alternativo Aposentados, Ex-empregados e Pensionistas, se houver recursos líquidos remanescentes, estes serão utilizados no atendimento dos demais serviços assistenciais mantidos pela **CELPOS**.

Art. 50. A área geográfica de cobertura do presente plano assistencial restringe-se ao território do Estado de Pernambuco.

Art. 51. 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. 52. 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. 53. A sistemática estabelecida neste Regulamento entrará em vigor, a partir de 15/04/2007.

Art. 54. 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. 55 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