

REGULAMENTO DO PLANO CEDAE SAÚDE

Capítulo I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A **Caixa de Assistência dos Empregados da CEDAE – CEDAE SAÚDE**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 32.186-9, classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 31.934.805/0001-36, com sede na Avenida Presidente Vargas, nº 463, 9º andar, Centro, CEP 21.071-908, no Rio de Janeiro/RJ, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º. São **PATROCINADORAS** do **PLANO**:

- I- **Companhia Estadual de Águas e Esgotos – CEDAE**, inscrita no CNPJ sob o nº 33.352.394/0001-04, localizada na Avenida Presidente Vargas, nº 2.655, bairro Cidade Nova, CEP 20.210-030, no Rio de Janeiro/RJ;
- II- **PRECE – Previdência Complementar**, inscrita no CNPJ nº 30.030.696/0001-60, localizada na Rua Prefeito Olímpio de Melo, nº 1.676, bairro Benfica, CEP 20.930-005, no Rio de Janeiro/RJ;
- III- **Caixa de Assistência dos Empregados da CEDAE – CEDAE SAÚDE**, já qualificada neste instrumento.

Art. 3º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **CEDAE SAÚDE** e está registrado na ANS sob o nº 482.180/19-7, possuindo como Características Gerais:

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

Art. 4º. Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo IV – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III deste Capítulo.

Capítulo II DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/98, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da

Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo único. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde com características de contrato de adesão.

Capítulo III DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º. Poderão inscrever-se no **PLANO** como Beneficiários:

I- Titulares:

- a) Empregados ativos das **PATROCINADORAS**, ainda que cedidos;
- b) Empregados cedidos às **PATROCINADORAS**, restrito à vigência de sua cessão;
- c) Diretores e os profissionais designados para os quadros de livre provimento das **PATROCINADORAS**, restrito à vigência de seus mandatos.

II- Dependentes:

- a) Cônjuge ou companheiro, assim caracterizado quando houver união estável, nos termos do Código Civil Brasileiro, **não admitida a inclusão de ambos**;
- b) Filhos ou enteados até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade, solteiros e dependentes econômicos;
- c) Filhos ou enteados, com idade superior a 21 (vinte e um) anos, solteiros e inválidos, desde que o evento incapacitante tenha ocorrido antes de completar a maioridade 18 (dezoito) anos.

§1º. A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§2º. Equiparam-se aos filhos, na condição da alínea “b” do inciso II deste artigo, mediante comprovação, o menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade definitiva do Titular ou sob sua tutela, e desde que não possuam bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser avaliada pela **CEDAE SAÚDE**.

§3º. A inscrição se dará mediante preenchimento de Termo de Adesão, que deverá ser apresentado à CEDAE SAÚDE, no qual o Titular manifesta a sua concordância com os termos deste Regulamento, bem como quanto à inscrição de eventuais Dependentes.

§4º. Ao Termo de Adesão deverão ser obrigatoriamente anexados, pelo Beneficiário Titular, todos os documentos comprobatórios dos dados cadastrais definidos pela **CEDAE SAÚDE**, inclusive o CPF, bem como da:

- I- Relação de parentesco, inclusive a decisão judicial, no caso de menor sob guarda ou tutela do Titular;

- II- União estável, inclusive homoafetiva, apresentação de escritura pública declaratória da união estável ou de documento que ateste a designação do companheiro como dependente do Titular junto ao INSS ou Imposto de Renda;
- III- Dependência econômica, através de Declaração do Imposto de Renda ou por outros meios definidos pela **CEDAE SAÚDE**;
- IV- Invalidez, comprovada em laudo emitido pelo INSS ou por outros meios definidos pela **CEDAE SAÚDE**.

§5º. Os documentos referidos nos parágrafos anteriores deverão ser apresentados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição.

§6º. No caso de licença sem vencimento do empregado, é garantido o direito de manutenção do Titular e respectivo grupo familiar inscrito no presente PLANO, desde que haja manifestação expressa do Titular, em documento próprio junto à respectiva PATROCINADORA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do afastamento, com a assunção das obrigações financeiras decorrentes, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da PATROCINADORA.

Art. 7º. É assegurada a inscrição:

- I- do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção**;
- II- do filho adotivo menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, **observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.**

Parágrafo único. A inscrição dos Beneficiários previstos neste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Capítulo IV DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 8º. A **CEDAE SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.**

Seção I
Da Cobertura Ambulatorial

Art. 9º. A cobertura ambulatorial compreende:

- I- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
 - a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- II- Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- III- Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- IV- Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- V- Consultas/sessões de psicoterapia, **de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- VI- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **solicitados pelo médico assistente,** que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- VII- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- VIII- Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

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

Seção II

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 10. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I- Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- II- Despesas referentes a honorários médicos, alimentação e serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular;**
- III- Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:**
 - a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,
 - b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- IV- Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme**

prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- V- Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- VI- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, **salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- VII- Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - a) **Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;**
 - b) **O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha da CEDAE SAÚDE;**
 - c) **Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a CEDAE SAÚDE, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse.**
- VIII- Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX- Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
 - a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 1. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
 2. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de

imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

- X-** Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a)** Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b)** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c)** Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
 - d)** Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - e)** Hemoterapia;
 - f)** Nutrição parenteral ou enteral;
 - g)** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h)** Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - i)** Radiologia intervencionista;
 - j)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k)** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- XI-** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII-** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII-** Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a)** despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do Beneficiário receptor;
 - b)** medicamentos utilizados durante a internação;
 - c)** acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
 - d)** despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;
 - e)** Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente:

1. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
 2. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
 3. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- XIV-** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XV-** Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrência, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.
- XVI-** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

Art. 11. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I- O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico, quando houver indicação do médico assistente;
- II- Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;
- III- Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
 - a) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- IV- Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, **haverá coparticipação sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, conforme percentual definido no Plano de Custeio.**

Art. 12. O presente Regulamento garante, ainda:

- I- Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, **observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- II- Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem participação de profissional médico anestesista, **caso haja indicação clínica;**
- III- Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, **caso haja indicação clínica;**
- IV- Taxas, materiais, contrastes e medicamentos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- V- Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, endoscopia, laparoscopia e demais escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI- Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção III Da Cobertura Adicional

Art. 13. O **PLANO** oferece, ainda, uma cobertura adicional àquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em:

- I- sessão de Reeducação Postural Global (RPG) limitada a 20 (vinte) sessões por ano de adesão do Beneficiário, **não cumulativas**, para as seguintes indicações: hérnias discais; compressões radiculares e deformidades na coluna vertebral (escoliose, hipercifose, hiperlordose) em adolescentes em fase de crescimento sem indicação de tratamento cirúrgico;
- II- drenagem linfática para as seguintes indicações: pós cirurgia de mastectomia por neoplasia de mama, limitada a 40 (quarenta) sessões por ano de adesão do Beneficiário, **não cumulativas**, e pós cirurgia vascular periférica (membros superiores e inferiores), limitada a 20 (vinte) sessões por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas.

Art. 14. Afora a remoção inter-hospitalar, obrigatória por Lei e prevista neste Regulamento, o **PLANO** garantirá cobertura adicional de remoção, mediante a disponibilização do serviço de ambulância credenciado pela **CEDAE SAÚDE**, por via terrestre, **dentro da**

área de atuação do PLANO, em caso de impossibilidade de remoção por outro meio, comprovada mediante apresentação de laudo médico, exclusivamente para as situações abaixo listadas:

- I- Paciente com diagnóstico de paralisia cerebral, sequela de AVC ou trauma neurológico grave com impossibilidade de deambulação e alto grau de dependência para todas as atividades de autocuidado;
- II- Idosos acima de 70 (setenta) anos com doença neurológica grave impossibilitando a deambulação com alto grau de dependência para todas as atividades de autocuidado;
- III- Paciente com diagnóstico de doença vascular periférica com lesão trófica grave e impossibilidade de deambulação realizando curativo especial em medicina hiperbárica;
- IV- Nefropata grave em tratamento dialítico com impossibilidade de deambulação e alto grau de dependência para todas as atividades de autocuidado.

Parágrafo único. Para a concessão da cobertura de remoção de que trata este artigo, deverão ser atendidas cumulativamente as seguintes condições:

- I- A cobertura de remoção somente poderá ser usufruída pelos beneficiários que já tiverem cumprido os períodos de carências estabelecidos neste Regulamento, mediante autorização da **CEDAE SAÚDE**, após a análise da solicitação enviada pelo credenciado;
- II- Para a autorização da remoção, será necessária a autorização do próprio beneficiário ou de seu responsável legal, bem como a apresentação do pedido médico, com a data da solicitação, informando o local de saída e de chegada, além do diagnóstico clínico contendo o motivo da necessidade de remoção;
- III- A remoção somente será realizada por ambulância de empresa credenciada pela **CEDAE SAÚDE**.

Capítulo V DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 15. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I- **Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CEDAE SAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**
- II- **Atendimentos prestados antes do início da vigência do Regulamento, do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;**

- III- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- IV- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- V- Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI- Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- VII- Tratamento de rejuvenescimento, de prevenção do envelhecimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VIII- Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IX- Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- X- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação odontológica;
- XI- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XII- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XIII- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

- XIV- **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XV- **Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XVI- **Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XVII- **Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência, inclusive as dietas e terapias nutricionais e suplementação;**
- XVIII- **Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia ou que não estejam expressamente previstos como cobertura adicional neste Regulamento;**
- XIX- **Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XX- **Aparelhos ortopédicos;**
- XXI- **Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XXII- **Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, fora da área atuação ou fora da rede credenciada do PLANO, ressalvada a situação excepcional de urgência e emergência ocorrida dentro da área de atuação do produto, garantida por Lei, nos termos previstos neste Regulamento;**
- XXIII- **Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXIV- **Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXV- **Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- XXVI- **Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXVII- **Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXVIII- **Avaliação pedagógica;**
- XXIX- **Orientações vocacionais;**
- XXX- **Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- XXXI- **Remoção não contemplada na cobertura do presente Regulamento;**
- XXXII- **Transporte aeromédico;**
- XXXIII- **Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- XXXIV- **Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;**
- XXXV- **Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

Capítulo VI

DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 16. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao Beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98:

- I- 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, observado o disposto neste Regulamento a respeito dos atendimentos de urgência ou de emergência;
- II- 60 (sessenta) dias para os atendimentos ambulatoriais, à exceção dos procedimentos de alta complexidade;
- III- 180 (cento e oitenta) dias para os atendimentos hospitalares, inclusive as internações, bem como para os procedimentos de alta complexidade;
- IV- 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- V- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

§1º. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO, que se dará na data de assinatura do Termo de Adesão.

§2º. Os períodos de carência também serão observados na hipótese de reingresso do Beneficiário ao PLANO.

§3º. O Beneficiário estará isento do cumprimento dos períodos de carência quando solicitar sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data:

- I- da assinatura pela **PATROCINADORA** do Convênio de Adesão ao **PLANO**;
- II- de vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;
- III- em que se tornar elegível para o **PLANO**.

§4º. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outros.

§5º. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência.

Capítulo VII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 17. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 18. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98.

§1º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§2º. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada pela **CEDAE SAÚDE**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

§3º. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CEDAE SAÚDE**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela **CEDAE SAÚDE**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 19. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CEDAE SAÚDE** oferecerá a cobertura parcial temporária.

Art. 20. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 21. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo único. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CEDAE SAÚDE por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CEDAE SAÚDE para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 22. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no portal - www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CEDAE SAÚDE, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 23. Exercendo prerrogativa legal, a CEDAE SAÚDE não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 24. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CEDAE SAÚDE deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.

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

§2º. A CEDAE SAÚDE poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º. Após julgamento, e acolhida a alegação da CEDAE SAÚDE, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CEDAE SAÚDE, bem como será excluído do PLANO.

§6º. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do **PLANO** até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 25. O presente Capítulo não vigorará caso o Beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data:

- I- da assinatura pela **PATROCINADORA** do Convênio de Adesão ao **PLANO**;
- II- de vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;
- III- em que se tornar elegível para o **PLANO**.

Parágrafo único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outros.

Capítulo VIII DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 26. Considera-se:

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

Art. 27. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

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

Parágrafo único. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção I Da Remoção

Art. 28. Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), **observando a regulamentação da ANS em vigor.**

Art. 29. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da **CEDAE SAÚDE**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

Art. 30. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

§1º. Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

§2º. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I- quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o credenciado deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CEDAE SAÚDE, desse ônus;**
- II- caberá à CEDAE SAÚDE o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;**
- III- na remoção, a CEDAE SAÚDE deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;**
- IV- quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a CEDAE SAÚDE estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

Capítulo IX DO REEMBOLSO

Art. 31. A **CEDAE SAÚDE** assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do **PLANO**, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela CEDAE SAÚDE, respeitados os limites financeiros dispostos neste Capítulo.**

§1º. Para que seja efetuado o reembolso, o Beneficiário deverá apresentar à **CEDAE SAÚDE** os seguintes documentos:

I- Atendimento ambulatorial:

- a) Recibo ou nota fiscal original de honorários médicos, discriminando o tipo de serviço prestado no caso de consulta.
- b) Recibo original de exames complementares discriminado, por exame efetuado, acompanhado de solicitação do médico assistente.
- c) Recibo original de serviços auxiliares, discriminando o tipo de serviço efetuado.
- d) Relação discriminada de material e de medicamentos consumidos.

II- Atendimento hospitalar:

- a) Recibos originais de honorários da equipe médica assistente, discriminando os serviços prestados, acompanhados de relatório médico informando diagnóstico, motivo de internação ou cirurgia, evolução, tratamento efetuado.
- b) Conta hospitalar original, discriminando, inclusive, material e medicamentos.
- c) Recibos originais de exames complementares realizados durante a internação, discriminados por tipo de exame efetuado.

§2º. O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§3º. Para cálculo do reembolso de despesas, será utilizado como limite a Tabela da **CEDAE SAÚDE**, que não será inferior ao valor praticado pela **CEDAE SAÚDE** junto à rede credenciada do **PLANO**.

§4º. O valor do reembolso devido ao Beneficiário Titular/Responsável Financeiro será pago pela **CEDAE SAÚDE** até o prazo de 30 (trinta) da entrega da documentação completa à **CEDAE SAÚDE**.

§5º. A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

§6º. Em nenhuma hipótese poderão ser reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo **PLANO**.

§7º. A Tabela da **CEDAE SAÚDE** é aprovada pelo Conselho Deliberativo e está disponível na sede da **CEDAE SAÚDE** e no endereço eletrônico www.cedaesaude.org.br.

§8º. Os esclarecimentos a respeito da Tabela da **CEDAE SAÚDE** podem ser obtidos na sede da **CEDAE SAÚDE**, pelo telefone (21) 2126-7000 ou pelo *e-mail* atendimento@cedaesaude.org.br.

§9º. Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste artigo, também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste Regulamento.

§10. Eventuais créditos a serem recebidos pelo Beneficiário serão compensados com débitos para o PLANO.

Capítulo X DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Carteira Individual de Identificação

Art. 32. Os Beneficiários do PLANO deverão identificar-se, perante a rede credenciada, através da apresentação de carteira de identificação válida disponibilizada pela CEDAE SAÚDE, acompanhada de documento oficial de identidade.

§1º. A carteira de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o Beneficiário por sua utilização indevida.

§2º. É obrigação do Beneficiário Titular/Responsável Financeiro, na hipótese de exclusão do PLANO, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CEDAE SAÚDE, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CEDAE SAÚDE, a partir da exclusão do Beneficiário.

§3º - Nos casos em que os cartões não forem devolvidos na forma acima, deverá o Beneficiário Titular/Responsável Financeiro assinar termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

§4º - O uso indevido do cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CEDAE SAÚDE, por qualquer Beneficiário, ensejará indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Titular/Responsável Financeiro, e suas consequências.

§5º - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderem essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

§6º - Ocorrendo roubo, furto, perda ou extravio do cartão de identificação, o Beneficiário Titular/Responsável Financeiro deverá comunicar o fato à CEDAE SAÚDE, por escrito, acompanhado de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CEDAE SAÚDE.

Seção II Do Padrão de Acomodação

Art. 33. A acomodação oferecida pelo **PLANO** no caso de internações hospitalares é individual, do tipo apartamento *standard*.

Parágrafo único. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados ou credenciados pela **CEDAE SAÚDE**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, **até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.**

Seção III Da Forma de Utilização

Art. 34. A assistência médico-hospitalar será prestada pela **CEDAE SAÚDE** aos seus Beneficiários através de rede assistencial credenciada pela **CEDAE SAÚDE**, **obedecidas as determinações deste Regulamento, priorizando a atenção primária à saúde, conforme especificado a seguir:**

- I- Consultas: são garantidas as consultas em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo que nas regiões (municípios e seus limítrofes) em que houver rede de atenção primária definida, o atendimento deve ser realizado previamente, de forma obrigatória, com o **médico referência** (clínico geral ou geriatra, pediatra ou ginecologista) disponível em nas clínicas indicadas pela **CEDAE SAÚDE**, que procederá com a indicação ao especialista, quando cabível;
- II- Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela **CEDAE SAÚDE**, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do **PLANO**, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- III- Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela **CEDAE SAÚDE**, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do **PLANO**, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- IV- Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e demais coberturas ambulatoriais: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela **CEDAE SAÚDE**, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do **PLANO**, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

§1º. Nos casos em que houver rede de atenção primária definida, é considerado uso indevido o acesso direto do beneficiário ao especialista, sem a indicação prévia do médico referência de que trata o inciso I do caput deste artigo, ressalvadas as situações comprovadas de urgência ou de emergência.

§2º. É facultado à **CEDAE SAÚDE** direcionar a realização de exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

Art. 35. A rede de atenção primária e a rede credenciada estão disponíveis no portal da **CEDAE SAÚDE**, bem como em suas dependências.

§1º. A **CEDAE SAÚDE** reserva-se o direito de alterar a rede credenciada, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9656/98.

§2º. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

§3º. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CEDAE SAÚDE** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a **CEDAE SAÚDE** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

§4º. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Seção IV Da Autorização

Art. 36. A utilização dos procedimentos previstos neste Regulamento pelo Beneficiário depende de autorização prévia da **CEDAE SAÚDE**, à exceção dos casos de urgência e emergência.

§1º - Quando não houver o direcionamento pela **CEDAE SAÚDE** previsto neste Regulamento, o prestador de serviço credenciado deverá providenciar a autorização prévia junto ao PLANO.

§2º - As informações e os documentos necessários para a obtenção da autorização prévia estão disponíveis no endereço eletrônico www.cedaesaude.org.br, podendo ser consultados por meio do telefone (21) 2126-7000 ou diretamente na sede da **CEDAE SAÚDE**.

§3º - A cobertura dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

§4º. A realização de consultas com outros profissionais de saúde, exames complementares, procedimentos e tratamentos diversos, incluindo a internação, será efetuada, exclusivamente, mediante solicitação médica, respeitada o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS quanto aos casos possíveis de serem solicitados por cirurgião-dentista.

§5º. Toda e qualquer internação hospitalar dependerá sempre da apresentação, pelo serviço Credenciado, da Guia de Internação previamente fornecida pela CEDAE SAÚDE. Para obter essa guia, o Credenciado apresentará à CEDAE SAÚDE uma declaração do médico assistente responsável, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, duração provável da internação, além de outros de ordem técnica pertinentes.

§6º. Os Beneficiários obrigam-se, ao se internarem, a apresentar à administração do hospital credenciado, juntamente com a Guia de Internação, o documento de identidade oficial.

§7º. Após a autorização prévia, os Beneficiários poderão ser atendidos no Hospital indicado pela CEDAE SAÚDE, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada deste plano, conforme prerrogativa prevista na Seção anterior.

§8º. Durante a internação do Beneficiário, em qualquer caso, considerando as regras de direcionamento estabelecidas neste instrumento, é assegurado à CEDAE SAÚDE o direito de remover o beneficiário de um hospital credenciado para outro hospital credenciado, desde que o novo hospital disponha dos recursos necessários para continuidade da assistência ao beneficiário e sejam atendidas as disposições da ANS em vigor para remoção.

§9º. O prazo de internação autorizado pela CEDAE SAÚDE, constante na guia, corresponderá ao número de dias usuais para casos idênticos.

Art. 37. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

Art. 38. A CEDAE SAÚDE poderá indicar, sem custo ao Beneficiário, profissional habilitado que analisará a pertinência da solicitação, de forma presencial, ou não, e terá como objetivo a emissão de um parecer técnico para o tratamento proposto.

§1º. O atendimento da segunda opinião respeitará os princípios éticos e de sigilo estabelecidos no Código de Ética Médica.

§2º. Caso persista o impasse, será garantida a instauração da junta médica, nos termos do artigo seguinte e observado o disposto na regulamentação, sendo o médico nomeado pela **CEDAE SAÚDE** o que emitiu o parecer técnico da segunda opinião.

§3º. Ao Beneficiário é garantida a formação de junta médica para a definição do impasse, ainda que não haja atendimento pelo profissional responsável por emitir a segunda opinião.

Art. 39. Em caso de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, garante-se ao Beneficiário e à **CEDAE SAÚDE** a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por um médico nomeado pela **CEDAE SAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CEDAE SAÚDE**. Caso o profissional eleito pelo Beneficiário não seja credenciado da **CEDAE SAÚDE**, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do Beneficiário.

Parágrafo único. Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista neste artigo serão conforme disposto na regulamentação vigente.

Art. 40. Embora a cobertura do **PLANO** esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **CEDAE SAÚDE**, é admitido que os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais possam ser solicitados pelo médico assistente, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **CEDAE SAÚDE**. Nesse caso, deve o Beneficiário entrar em contato com a **CEDAE SAÚDE** para obter orientações e indicação do prestador integrante da rede que irá realizar os procedimentos solicitados.

Seção V Da Coparticipação

Art. 41. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular/Responsável Financeiro, referente aos serviços cobertos pelo **PLANO** e utilizados por ele e Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

Art. 42. Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular/Responsável Financeiro, será cobrada coparticipação quando da utilização pelos Beneficiários dos procedimentos, conforme definido no Plano de Custeio anexo a este instrumento.

Parágrafo único. O Beneficiário Titular/Responsável Financeiro é responsável pelo pagamento das coparticipações devidas por si e Dependentes, ainda que a cobrança venha a ser efetivada após a exclusão do **PLANO**, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo credenciado.

CAPÍTULO XI

DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 43. O PLANO, objeto do presente Regulamento, será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS e alterações posteriores.

Art. 44. O Plano de Custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos Beneficiários, bem como aos valores de responsabilidade das PATROCINADORAS, e integrará este Regulamento para todos os fins de direito.

Art. 45. Os valores das contribuições mensais e da coparticipação devidos pelo Beneficiário Titular/Responsável Financeiro, em razão de sua inscrição e de Dependentes vinculados no PLANO, serão pagos por meio de desconto em folha de pagamento/proventos, cabendo às PATROCINADORAS efetuar o referido desconto e repassar à CEDAE SAÚDE, até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, juntamente com os valores de sua responsabilidade.

§1º. Os Beneficiários que não integrarem, por qualquer motivo, a folha de pagamento/proventos das PATROCINADORAS deverão efetuar o pagamento dos valores devidos ao PLANO, por si e seus Dependentes, através de débito em conta ou boleto bancário até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

§2º. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do Beneficiário Titular/Responsável Financeiro, em razão de sua inscrição e de Dependentes vinculados no PLANO, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.

§3º. A inadimplência do Beneficiário Titular/Responsável Financeiro, na forma prevista neste Regulamento, em relação a qualquer dos valores previstos no parágrafo anterior, ainda que relacionada a um único Beneficiário, acarretará a sua exclusão e a do grupo familiar vinculado.

CAPÍTULO XII DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 46. As contribuições mensais do Beneficiário Titular e de seus Dependentes foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, conforme regras definidas no Plano de Custeio, anexo ao presente Regulamento.

§1º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento.

§3º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I- O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;**
- II- A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.**

§4º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento.

Capítulo XIII DO REAJUSTE

Art. 47. As contribuições mensais e as coparticipações, inclusive seus componentes, serão reajustados anualmente, no mês de Março de cada ano, pela variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, acumulada nos 12 (doze) meses anteriores à data base de reajuste considerando a última competência divulgada, ou outro índice oficial equivalente.

Art. 48. O custeio do PLANO será revisto anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro e aprovado pelo Conselho Deliberativo da CEDAE SAÚDE que fixará as contribuições mensais e as coparticipações, inclusive seus componentes, a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

- I- aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;**
- II- aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições mensais do PLANO;**
- III- alteração sensível na composição do grupo inscrito no PLANO.**

Art. 49. Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao custeio do PLANO deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

Art. 50. Independentemente da data de adesão do Beneficiário, as contribuições mensais e as coparticipações terão o primeiro reajuste integral no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do custeio, entendendo esta como data base única.

Art. 51. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 52. Além da modalidade de reajuste prevista neste Capítulo, deverão ser observadas as regras de reajuste por faixa etária previstas neste Regulamento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário.

Art. 53. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de *pool de risco*, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da CEDAE SAÚDE para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

Capítulo XIV

DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I

Do Demitido

Art. 54. Ao ex-empregado da **PATROCINADORA** que tiver contribuído para o **PLANO** na vigência do seu contrato de trabalho com a **PATROCINADORA**, é assegurado, no caso de demissão sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário neste **PLANO**, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da **PATROCINADORA**.

§1º. O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o **PLANO**, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§2º. O ex-empregado demitido sem justa causa deve optar pela manutenção no **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, a contar da comunicação da **PATROCINADORA** quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão.

§3º. Em caso de óbito do ex-empregado demitido sem justa causa em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido sem justa causa, **respeitadas as condições de elegibilidade previstas neste PLANO, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à CEDAE SAÚDE sua permanência em até 60 (sessenta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO.**

Seção II

Do Aposentado

Art. 55. Ao ex-empregado aposentado que tiver contribuído para o **PLANO** na vigência do seu contrato de trabalho com a **PATROCINADORA**, pelo prazo mínimo de 10 (dez)

anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário neste **PLANO**, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento da contribuição mensal, conforme definido no Plano de Custeio.**

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento da contribuição mensal, conforme definido no Plano de Custeio.

§2º. O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA** quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

§3º. Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **PATROCINADORA**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como Beneficiário na condição de aposentado.

§4º. Em caso de óbito do empregado aposentado que continuou trabalhando na **PATROCINADORA** antes do exercício do direito acima previsto, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, **respeitadas as condições de elegibilidade previstas neste PLANO, desde que assumam as responsabilidades financeiras, conforme definido no Plano de Custeio, e formalizem expressamente junto à CEDAE SAÚDE sua permanência em até 60 (sessenta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO.**

§5º. Em caso de óbito do ex-empregado aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o aposentado, **respeitadas as condições de elegibilidade previstas neste PLANO, desde que assumam as responsabilidades financeiras, conforme definido no Plano de Custeio, e formalizem expressamente junto à CEDAE SAÚDE sua permanência em até 60 (sessenta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO.**

Seção III Das Disposições Comuns

Art. 56. A manutenção no **PLANO** será garantida ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da perda do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o direito

será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para este **PLANO** e para o plano de saúde antecessor ofertado pela **CEDAE SAÚDE, na forma da regulamentação vigente.**

Art. 57. A manutenção da condição de Beneficiário prevista neste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo Titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio Titular.

Art. 58. O ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário.

Art. 59. As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

Art. 60. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **PATROCINADORA**, não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos Dependentes.

Art. 61. O Titular que não contribuir para o **PLANO**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no **PLANO**, após a perda do vínculo empregatício.

Art. 62. O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I- quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato;
- II- decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo;
- III- cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados.

Art. 63. É assegurado ao demitido sem justa causa e aposentado e a seus dependentes vinculados ao **PLANO**, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

Art. 64. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

Capítulo XV

DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 65. A PATROCINADORA poderá solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos Beneficiários, dentre outras, nas seguintes situações:

- I- perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;**
- II- perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**
- III- quando da solicitação de exclusão apresentada pelo Titular/Responsável Financeiro.**

§1º. Para que a CEDAE SAÚDE proceda com a exclusão de um Beneficiário do PLANO, caberá à PATROCINADORA, informar à CEDAE SAÚDE:

- I- se o Beneficiário foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;**
- II- se o Beneficiário demitido sem justa causa trata-se de empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;**
- III- se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO em virtude do vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA;**
- IV- por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO; e**
- V- se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.**

§2º. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Titulares do PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 66. A CEDAE SAÚDE só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:

- I- em caso de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;**
- II- perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;**
- III- perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições previstas neste Regulamento ou quando deixar o Titular de entregar os documentos comprobatórios exigidos para manutenção de Dependente;**
- IV- em caso de inadimplência do Titular/Responsável Financeiro em face dos valores devidos ao PLANO, suportados em função de sua inscrição e demais Dependentes vinculados no PLANO, observado o disposto no art. 70 deste Regulamento.**

Parágrafo único. No caso de fraude, o fato poderá, a critério da Diretoria, ser comunicado aos órgãos competentes das PATROCINADORAS.

Art. 67. Decorrido o período de manutenção previsto neste Regulamento, será facultada ao ex-empregado aposentado e respectivo grupo familiar a continuidade da assistência pelo PLANO, respeitadas as condições de elegibilidade, desde que assuma integralmente as responsabilidades financeiras, inclusive a parcela de responsabilidade da PATROCINADORA, e formalize expressamente junto à CEDAE SAÚDE sua permanência em até 30 (trinta) dias, sob pena de exclusão definitiva do PLANO.

Art. 68. A exclusão do Beneficiário Titular acarretará a automática exclusão dos Dependentes a ele vinculados, ressalvada a situação de óbito, nos termos previstos neste Regulamento.

Art. 69. No caso de óbito do Beneficiário Titular durante a vigência do vínculo com a PATROCINADORA, será garantido o direito de manutenção do grupo familiar inscrito, respeitadas as condições de elegibilidade previstas neste PLANO, desde que haja manifestação expressa dos Beneficiários, em documento próprio, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados do óbito, com a assunção das obrigações financeiras decorrentes, inclusive a parcela de responsabilidade da PATROCINADORA, observado o parágrafo único.

Parágrafo único. O Beneficiário Dependente terá direito ao subsídio da PATROCINADORA durante um ano para cada ano de contribuição do Beneficiário Titular falecido, sendo garantido o direito de manutenção, por prazo indeterminado, após dez anos de contribuição.

Art. 70. O Beneficiário Titular/Responsável Financeiro que deixar de recolher os valores a que se obrigou na data exigível terá a fruição dos serviços suspensa, inclusive em relação aos Dependentes vinculados ao PLANO, a partir do 50º (quinquagésimo) dia de atraso cumulativo ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência da adesão do Beneficiário e, caso não regularize seu débito em até 10 (dez) dias da comunicação, terá sua inscrição e a dos Dependentes vinculados no PLANO cancelada.

Art. 71. Ao completar a idade limite prevista neste Regulamento, o filho será transferido automaticamente para o CEDAE SAÚDE FAMÍLIA, registro ANS nº 482.179/19-3, plano de saúde destinado ao grupo familiar do Beneficiário Titular, sendo considerada a data de aniversário do filho como a data de sua adesão no referido plano de saúde.

Art. 72. O cancelamento da inscrição ou a suspensão dos serviços não exime o Beneficiário Titular/Responsável Financeiro da obrigação de quitar os débitos de sua responsabilidade.

Capítulo XVI DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 73. Fica assegurada a manutenção no presente PLANO dos genitores do Beneficiário Titular que se encontravam regularmente inscritos nos planos de saúde da CEDAE SAÚDE, por ocasião da entrada em vigor deste Regulamento, não sendo admitido o seu reingresso após a exclusão. Os valores de contribuição mensal devidos por essa categoria serão conforme estabelecido no Plano de Custeio.

Capítulo XVII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 74. Este Regulamento foi elaborado considerando a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu plano de custeio.

Art. 75. Para cumprimento das obrigações pecuniárias do Beneficiário, a **CEDAE SAÚDE** se reserva ao direito de solicitar às **PATROCINADORAS** a efetivação do respectivo desconto bem como o direito de adotar os procedimentos judiciais cabíveis.

Art. 76. O encerramento da operação do plano de saúde tratado neste Regulamento se dará de acordo com o Estatuto Social da CEDAE SAÚDE, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 77. Este Regulamento vigorará por prazo indeterminado a partir de 01 de março de 2019.

Art. 78. Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular/Responsável Financeiro para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento.

ANEXO
PLANO DE CUSTEIO DO CEDAE SAÚDE

Art. 1º. As contribuições mensais devidas ao **PLANO** foram fixadas em razão da idade de cada Beneficiário inscrito e calculadas sobre o salário/provento do Beneficiário Titular (empregados, cedidos, diretores, profissionais designados para os quadros de livre provimento, ex-empregados aposentados e demitidos sem justa causa), conforme percentuais e observando o piso e teto estabelecidos a seguir:

Faixa etária:	% de salário/provento:	Piso:	Teto:
0 a 18 anos de idade	5,50 %	R\$ 480,00	R\$ 1.344,00
19 a 23 anos de idade	5,50 %	R\$ 480,00	R\$ 1.344,00
24 a 28 anos de idade	5,50 %	R\$ 480,00	R\$ 1.344,00
29 a 33 anos de idade	8,50 %	R\$ 744,00	R\$ 2.083,20
34 a 38 anos de idade	8,50 %	R\$ 744,00	R\$ 2.083,20
39 a 43 anos da idade	8,50 %	R\$ 744,00	R\$ 2.083,20
44 a 48 anos de idade	15,50 %	R\$ 937,00	R\$ 2.623,60
49 a 53 anos de idade	15,50 %	R\$ 937,00	R\$ 2.623,60
54 a 58 anos de idade	15,50 %	R\$ 937,00	R\$ 2.623,60
59 anos de idade e acima	18,50 %	R\$ 1.106,00	R\$ 3.096,80

§1º. Os parâmetros da tabela acima deverão ser aplicados, individualmente, ao Beneficiário Titular e seus Dependentes, de modo que haverá uma contribuição mensal por cada Beneficiário inscrito no **PLANO**, sendo o percentual variável segundo a faixa etária em que se encontra.

§2º. Os percentuais estabelecidos na tabela incidirão sobre o salário/provento do Beneficiário Titular, assim considerado:

- I- Empregados ativos da **PATROCINADORA**, ainda que cedidos: salário recebido pelo empregado, considerando-se apenas as parcelas fixas;
- II- Funcionários colocados à disposição da **PATROCINADORA**: vencimentos como funcionários, acrescidos da complementação salarial que lhe seja paga pela **PATROCINADORA**;
- III- Diretores e profissionais designados para os quadros de livre provimento das **PATROCINADORAS**: honorário mensal pago pela **PATROCINADORA**;
- IV- Aposentados, ex-empregados celetistas da **PATROCINADORA**: montante dos proventos da aposentadoria paga pelo Órgão Oficial de Previdência, acrescido do valor de complementação informado pela **PRECE**, inclusive para aqueles que tenham realizado o resgate;
- V- Aposentados, ex-funcionários da **PATROCINADORA**: montante dos proventos da aposentadoria paga pelo Estado acrescido do valor de complementação informado pela **PRECE**, inclusive para aqueles que tenham realizado o resgate;
- VI- Empregado licenciado sem vencimento, ex-empregado demitido e dependentes mantidos após o óbito do titular (ainda que recebam pensão): último salário/provento recebido por um mês de pagamento integral, pelo então empregado/aposentado, e que serviu de base para cálculo de contribuição mensal devida ao **PLANO**

(considerando as premissas constantes das alíneas anteriores), devendo ser atualizado, anualmente, sempre que houver reajuste coletivo dos salários/proventos pela entidade (**PATROCINADORA/Órgão Oficial de Previdência**), observado o mesmo índice adotado em relação aos empregados/aposentados.

§3º. Aferido o valor de contribuição mensal do Beneficiário, conforme regras de incidência acima descritas, deverá ser verificada a necessidade de aplicação do piso e do teto de contribuição mensal definido para a sua faixa etária, para se obter o valor de contribuição mensal devido.

§4º. A tabela prevista neste artigo possui os seguintes percentuais de variação nas faixas etárias:

Faixa etária:	% Variação por faixa etária		
	% de salário/provento	Piso	Teto
0 a 18 anos de idade	-	-	-
19 a 23 anos de idade	0%	0%	0%
24 a 28 anos de idade	0%	0%	0%
29 a 33 anos de idade	54,5%	55,0%	55,0%
34 a 38 anos de idade	0%	0%	0%
39 a 43 anos da idade	0%	0%	0%
44 a 48 anos de idade	82,4%	25,9%	25,9%
49 a 53 anos de idade	0%	0%	0%
54 a 58 anos de idade	0%	0%	0%
59 anos de idade e acima	19,4%	18,0%	18,0%

Art. 2º. A participação das **PATROCINADORAS** no custeio do **PLANO** é variável em razão da faixa salarial, bem como a categoria de Beneficiário, conforme percentuais de subsídio estabelecidos abaixo, que incidirão sobre o valor devido de contribuição mensal:

Faixa salarial:	Subsídio para Ativos:	Subsídio para Inativos:
Até R\$ 3.165,99	75,0%	69,0%
De R\$ 3.166,00 a R\$ 4.394,04	70,0%	64,0%
De R\$ 4.394,05 a R\$ 5.762,27	65,0%	59,0%
A partir de R\$ 5.762,28	60,0%	54,0%

§1º. Para fins de subsídio, consideram-se no grupo de ativos as seguintes pessoas:

- I- Empregados ativos das **PATROCINADORAS**, ainda que cedidos;
- II- Empregados cedidos às **PATROCINADORAS**, restrito à vigência de sua cessão;
- III- Diretores e os profissionais designados para os quadros de livre provimento das **PATROCINADORAS**, restrito à vigência de seus mandatos.

§2º. Também será concedido o subsídio para os dependentes das pessoas relacionadas no parágrafo anterior, listados a seguir:

- I- Cônjuge ou companheiro, assim caracterizado quando houver união estável, nos termos do Código Civil Brasileiro;
- II- Filhos ou enteados até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade, solteiros e dependentes econômicos;
- III- Filhos ou enteados, com idade superior a 21 (vinte e um) anos, solteiros e inválidos, desde que o evento incapacitante tenha ocorrido antes de completar a maioridade 18 (dezoito) anos.

§3º. Durante o período de manutenção previsto no art. 55 do Regulamento do **PLANO**, será assegurada a contrapartida das **PATROCINADORAS**, conforme percentual de subsídio estabelecido neste Plano de Custeio para Inativos, nas contribuições efetuadas pelos seus respectivos aposentados, bem como pelos dependentes a ele vinculados, observando a relação contida no parágrafo anterior. Ocorrendo o óbito do aposentado, igual direito será garantido aos seus respectivos dependentes inscritos no **PLANO**, pelo prazo restante da manutenção.

§4º. Durante o período de manutenção previsto no art. 69 do Regulamento do **PLANO**, também será assegurada a contrapartida das **PATROCINADORAS**, conforme percentual de subsídio estabelecido neste Plano de Custeio para Inativos, nas contribuições efetuadas pelos respectivos dependentes vinculados ao **PLANO** por ocasião do óbito.

§5º. Não haverá subsídio da **PATROCINADORA** para os demais beneficiários não mencionados expressamente nos parágrafos antecedentes, bem como para aqueles cujo prazo de manutenção previsto nos artigos 55 e 69 do Regulamento do **CEDAE SAÚDE** tenha se exaurido, devendo a contribuição mensal ser arcada integralmente pelo Beneficiário, considerando o valor devido conforme regras descritas no artigo 1º deste Plano de Custeio.

Art. 3º. A contribuição mensal devida em relação aos genitores do Beneficiário Titular que se enquadrem nas condições previstas no art. 73 do Regulamento é fixada em razão da idade do genitor, conforme valores e percentuais descritos a seguir:

Faixa etária:	Valor da Contribuição Mensal	% de variação
0 a 18 anos de idade	R\$ 282,34	-
19 a 23 anos de idade	R\$ 310,57	10,0%
24 a 28 anos de idade	R\$ 338,81	9,1%
29 a 33 anos de idade	R\$ 423,51	25,0%
34 a 38 anos de idade	R\$ 508,21	20,0%
39 a 43 anos da idade	R\$ 621,15	22,2%
44 a 48 anos de idade	R\$ 705,85	13,6%
49 a 53 anos de idade	R\$ 988,19	40,0%
54 a 58 anos de idade	R\$ 1.270,53	28,6%
59 anos de idade e acima	R\$ 1.564,16	23,1%

Art. 4º. Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário, será cobrada coparticipação, conforme descrito a seguir, na utilização pelos Beneficiários dos procedimentos abaixo relacionados:

- I- Consultas médicas: 30% (trinta por cento) do valor do procedimento;
- II- Demais procedimentos ambulatoriais, inclusive terapias, RPG e drenagem linfática, exceto quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise: 20% (vinte por cento) do valor do procedimento, limitado a R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento realizado;
- III- Internação: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por evento de internação.

Parágrafo único. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.

Art. 5º. Os valores e percentuais previstos no presente Plano de Custeio serão revistos anualmente, consoante as regras estabelecidas neste Regulamento, não sendo considerado reajuste as atualizações ocorridas exclusivamente nos valores dos salários/proventos.

Art. 6º. Este plano de custeio vigorará de 01 de março de 2019 a 29 de fevereiro de 2020.