

REGULAMENTO DO PLANO + VIDA

CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - A **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO SETOR ELÉTRICO – E-VIDA**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – sob o nº 41.837-4 e classificada como autogestão com mantenedor, inscrita no CNPJ sob o nº 11.828.089/0001-03, localizada no SHCGN CR, Quadra 704/705, Bloco C, Loja 48, Asa Norte, CEP 70.730-630, Brasília, Distrito Federal, é a instituição que ofertará e gerenciará o plano de saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado Plano + VIDA.

Art. 2º - É **PATROCINADORA** do Plano + VIDA a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO SETOR ELÉTRICO – E-VIDA**, já qualificada no artigo anterior.

Parágrafo Único - A formalização da condição da **PATROCINADORA** será efetivada por meio de Convênio de Adesão, nos termos da legislação aplicável.

Art. 3º - O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **+ VIDA** e está registrado na ANS sob o nº **474.233/15-8**, possuindo como Características Gerais:

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

CAPÍTULO II ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º - 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 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Único - O presente instrumento é o Regulamento contendo as diretrizes do Plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO III DEFINIÇÕES

Art. 5º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I. **Adjuvantes:** são medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- II. **Auditoria e ou Perícia:** é uma atividade profissional da área médica, odontológica e de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas e ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as ações e relações humanas e sociais.
- III. **Beneficiário:** titulares e seus dependentes reconhecidos segundo critérios estabelecidos neste Regulamento.
- IV. **Carteira de Identificação:** é o documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços do Plano + VIDA, válido somente com um documento de identidade do beneficiário.
- V. **Doenças Graves:** conforme a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, são classificadas como doenças graves: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna (Câncer), cegueira, hanseníase, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), fibrose cística (mucoviscidose) e Mal de Alzheimer.
- VI. **Empresa:** considera-se, para efeitos deste Regulamento, a Caixa de Assistência ao Setor Elétrico – E-VIDA.
- VII. **Atendimento eletivo:** aquele programado, não emergencial.
- VIII. **Atendimentos emergencial:** aquele de caráter emergencial, não programado.
- IX. **Modalidade Convênio:** caracteriza-se pela escolha do prestador de serviços de saúde dentre aqueles que constam da lista de credenciados.
- X. **Modalidade Livre Escolha:** caracteriza-se pela escolha do profissional liberal da área de saúde, clínica, hospital e laboratorial, não conveniado com a **E-VIDA**.
- XI. **Portador de Doenças Graves:** são as pessoas que portam as Doenças Graves classificadas pela OMS.

- XII. **Plano + VIDA:** benefício concedido pela Caixa de Assistência ao Setor Elétrico – E-VIDA, que tem por objetivo garantir a cobertura de serviços assistenciais, sob as modalidades de Convênio ou Livre Escolha pelos beneficiários. Inclui atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- XIII. **Reciprocidade:** é o ato de conveniar a uma operadora de planos de saúde que ofereça condições similares ao Plano + VIDA para utilização da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde de modo a prestar atendimentos aos beneficiários do Plano + VIDA e dos planos das conveniadas, permutando os serviços e observando as normas de cada participante. O interesse recíproco fica caracterizado pela junção de interesse comum e esforços entre as operadoras na busca desse objetivo, que é a assistência prestada na área geográfica de influência e abrangência da conveniada.
- XIV. **Referencial de mensalidade:** é a tabela que contém os valores em percentual e por faixa etária a serem praticados pelos titulares, com relação a si e seus dependentes, e pela **PATROCINADORA** no custeio do Plano + VIDA.
- XV. **Titular:** pessoas naturais que mantenham vínculo com a **PATROCINADORA**, discriminados no Capítulo IV deste Regulamento.
- XVI. **Pacto de convivência:** documento registrado em cartório que comprove a relação entre casais ou parceiros.

Parágrafo Único - Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO IV CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º - São considerados Beneficiários Titulares, para utilização dos benefícios oferecidos pelo Plano + VIDA, as pessoas naturais que mantenham os seguintes vínculos com a **PATROCINADORA**:

- I. Empregados com vínculo empregatício ativo com a **PATROCINADORA**.

Art. 7º - São considerados Beneficiários Dependentes para efeitos do Plano:

- I. Cônjuge;
- II. Companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- III. Filho ou enteado menor de 21 (vinte e um) anos;

- IV. Filho ou enteado menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que universitário e limitado à primeira graduação;
- V. Tutelado ou menor sob guarda por determinação judicial, observados os limites de idade dispostos neste Regulamento para a inscrição de filhos.

Art. 8º - Os Beneficiários Dependentes, para efeito do Plano + VIDA, serão submetidos a avaliações quando a **PATROCINADORA** julgar necessário e se não preencherem os requisitos básicos dos benefícios, esses não serão concedidos.

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

§2º - Para efeito de cadastramento no Plano + VIDA, é necessário apresentar documentos comprobatórios à **E-VIDA**, que demonstrem a veracidade da dependência ao Titular.

§3º - Quando o casal for empregado da **PATROCINADORA**, somente um dos cônjuges/companheiros tem direito ao cadastramento de Dependentes, comprovando devidamente a dependência.

Art. 9º - É necessária a apresentação da seguinte documentação para o cadastro de Titular/Dependentes:

- I. Titular:
 - a) Documento de identidade;
 - b) CPF;
 - c) Comprovante de Residência;
 - d) Comprovante bancário;
 - e) Instrumento de adesão assinado pelo titular.

- II. Cônjuge:
 - a) Certidão de casamento civil;
 - b) CPF do cônjuge; e
 - c) Documento de identidade do cônjuge.

- III. Companheiro:
 - a) CPF do companheiro;
 - b) Documento de identidade do companheiro;
 - c) Certidão de casamento civil, com averbação da separação judicial, quando um dos companheiros ou ambos já tiverem sido casados;
 - d) Para o caso de viúvo, apresentar certidão de óbito do antigo cônjuge;

- e) Instrumento público de pacto de convivência, emitida em cartório, declarando convivência marital.
- IV. Filho ou enteado menor de 21 (vinte e um) anos:
- a) Certidão de nascimento ou documento de identidade;
 - b) CPF; e
 - c) Exclusivamente para o enteado, certidão de casamento civil do titular ou instrumento público de pacto de convivência, emitida em cartório, declarando convivência marital.
- V. Filho ou enteado menor de 24 (vinte e quatro) anos, universitários:
- a) Documento de identidade;
 - b) CPF;
 - c) Declaração atualizada do estabelecimento de ensino em que o dependente possui matrícula em curso regular, naquele semestre; Exclusivamente para o enteado, certidão de casamento civil do titular ou instrumento público de pacto de convivência, emitido em cartório, declarando convivência marital.
- VI. Tutelado ou menor sob guarda:
- a) Certidão de nascimento ou documento de identidade;
 - b) CPF;
 - c) Decisão judicial deferindo a tutela ou guarda do menor.

Parágrafo Único - No caso dos dependentes previstos no inciso VI que estiverem sob guarda ou tutela, além dos documentos solicitados, deverá ser apresentado à **PATROCINADORA** a cada 3 (três) meses certidão judicial que ateste o andamento processual e a permanência de sua condição, sob pena de exclusão do Plano + VIDA.

Art. 10 - É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou por adoção do Beneficiário Titular, 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 adoção;
- II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

Parágrafo Único - A inclusão dos beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 11 – A data de início de cobertura do Plano obedecerá ao calendário de adesão disponibilizado no *site* da operadora e no formulário de adesão do beneficiário.

CAPÍTULO V COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12 - A **E-VIDA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **E-VIDA**, independente 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 + VIDA e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I Da Cobertura Ambulatorial

Art. 13 - 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;
- II. Serviços de apoio 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 da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;
- III. Medicamentos registrados e ou 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 e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios

- descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- V. Consultas e sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando 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, 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 prescindem 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, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
 - XIV. Cirurgias refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 1 (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; ou (ii)

hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II

Das Coberturas Hospitalares

Art. 14 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
- II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;
- III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- VI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- VII. Órteses e próteses e materiais especiais, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - VII.1) 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;
 - VII.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a cargo da **E-VIDA**.
 - VII.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **E-VIDA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **E-VIDA**.

VII.4) O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela **E-VIDA** para composição da junta médica.

- VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- a) O cirurgião-dentista assistente e ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.
- X. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- e) Hemoterapia;
- f) Nutrição parenteral ou enteral;

- g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - i) Radiologia intervencionista;
 - j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- XI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes 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 no pós-operatório imediato, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
 - 1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
 - a) 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;
 - b) 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;

c) 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. Despesas incluindo 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 (compreendido pelas 48h (quarenta e oito horas) após o parto ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente), salvo contra-indicação 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, ou de seu dependente, 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.

Parágrafo Único – A **E-VIDA** poderá ofertar a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, prevista no inciso I deste artigo, nos termos da regulamentação vigente.

Art. 15 - 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. No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
1) 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.

Art. 16 - 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) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data 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 a participação de profissional médico anestesiológico, 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 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI. Remoção e ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 17 - O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,

realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

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

- II. Procedimentos de **RADIOLOGIA**:
 - a) Radiografia periapical;
 - b) Radiografia interproximal - bite-wing;
 - c) Radiografia oclusal;
 - d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

- III. Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:
 - a) Atividade educativa em saúde bucal;
 - b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 - c) Aplicação Tópica de Flúor;
 - d) Profilaxia – polimento coronário;
 - e) Aplicação de selante;
 - f) Dessensibilização dentária;
 - g) Remineralização dentária.

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

- V. Procedimentos de **PERIODONTIA**:
 - a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;

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

VI. Procedimentos de **ENDODONTIA**:

- a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b) Pulpotomia;
- c) Remoção de corpo estranho intracanal;
- d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
- f) Tratamento endodôntico em dente decíduo;
- g) Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
- h) Tratamento de perfuração radicular e ou câmara pulpar;
- i) Remoção de núcleo intracanal;
- j) Remoção de peça/trabalho protético.

VII. Procedimentos de **CIRURGIA**:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- c) Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e) Cirurgia para tórus e/ou exostose;
- f) Exérese ou excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;
- g) Exodontia a retalho;
- h) Exodontia de raiz residual;
- i) Exodontia simples de permanente;
- j) Exodontia simples de decíduo;
- k) Redução de fratura alvéolo dentária;
- l) Frenotomia e/ou Frenectomia labial;
- m) Frenotomia e/ou Frenectomia lingual;
- n) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos e/ou cartilagosos na mandíbula/maxila;
- q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;

- r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s) Ulectomia e/ou Ulotomia;
- t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula e/ou maxila;
- v) Punção aspirativa com agulha fina e/ou coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w) Aprofundamento e/ou aumento de vestíbulo;
- x) Bridectomia e/ou bridotomia;
- y) Odonto-secção;
- z) Redução de luxação da ATM;
- aa) Tunelização.

VIII. Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:

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

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

CAPÍTULO VI EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 18 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - 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 + VIDA 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 E-VIDA sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência deste Regulamento, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e ou/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula e ou manual registrada 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 pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IX. 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;
- X. 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;
- XI. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e ou efetividade tenham sido reprovadas pela

- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- XII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
 - XIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - XIV. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - XV. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
 - XVI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
 - XVII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
 - XVIII. Aparelhos ortopédicos;
 - XIX. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - XX. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
 - XXI. 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, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
 - XXII. Despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
 - XXIII. 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;
 - XXIV. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
 - XXV. Cirurgia para mudança de sexo;
 - XXVI. Avaliação pedagógica;
 - XXVII. Orientações vocacionais;
 - XXVIII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

- XXIX. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXX. Remoção domiciliar;
- XXXI. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXIII. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- XXXIV. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXVI. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXVII. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XXXVIII. Transplantes ósseos;
- XXXIX. Enxertos ósseos e biomateriais;
- XL. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XLI. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XLII. Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- XLIII. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- XLIV. Cirurgias Odontológicas a laser;
- XLV. Clareamento dentário;
- XLVI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais
- XLVII. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, a exclusão de:
 - a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
 - b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
 - c) embolizações.

CAPÍTULO VII PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19 – Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98 e normas regulamentares da ANS:

- I. 24h (vinte e quatro horas) para urgência e/ou emergência;
- II. 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

Parágrafo Único - O prazo de carência será contado a partir da adesão do beneficiário ao Plano + VIDA.

Art. 20 - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. o Beneficiário Titular e seus Dependentes, se a adesão ao Plano + VIDA ocorrer até 60 (sessenta) dias a partir do dia 1º de novembro de 2016, ou 30 (trinta) dias da vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;
- II. o Beneficiário Dependente cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o Plano + VIDA.

§1º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data da declaração oficial da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento para a inscrição de filho, dentre outras.

§2º - Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

CAPÍTULO VIII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 21 - 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. 22 - No momento da adesão ao presente Regulamento, o beneficiário deverá preencher o Formulário de 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 + VIDA, 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 de prestadores credenciados pela **E-VIDA**, sem qualquer ônus.

§3º - Caso o beneficiário opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **E-VIDA**, 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 + VIDA, 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 **E-VIDA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 23 - 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 **E-VIDA** oferecerá a cobertura parcial temporária.

Art. 24 - 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. 25 - 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 **E-VIDA** 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 **E-VIDA** para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 26 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *site*

www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da **E-VIDA**, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 27 - Exercendo prerrogativa legal, a **E-VIDA** não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 28 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao Plano, a **E-VIDA** 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 **E-VIDA** caberá o ônus da prova.

§2º - A **E-VIDA** 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 **E-VIDA**, 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 **E-VIDA**, 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. 29 - O presente Capítulo não vigorará caso o beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de:

- I. 60 (sessenta) dias a partir de 1º de novembro de 2016 ou 30 (trinta) dias a contar da vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;

- II. 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o Plano + VIDA.

Parágrafo único - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data da declaração oficial da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento para a inscrição de filho, dentre outras.

CAPÍTULO IX ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 30 – 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.
- III. Atendimento de urgência e ou emergência odontológico:
- a) Tratamento de odontalgia aguda;
 - b) Imobilização dentária temporária;
 - c) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
 - d) Recimentação de peça e ou trabalho protético;
 - e) Tratamento de alveolite;
 - f) Colagem de fragmentos dentários;
 - g) Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 31 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência integralmente, a partir da adesão do beneficiário ao Plano + VIDA.

Parágrafo Único – Exclusivamente para o caso de necessidade de cumprimento de períodos de carência, nos termos previstos no art. 19, será observado que:

- I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24h (vinte e quatro horas) da adesão do beneficiário ao Plano;

- II. Depois de cumpridas as carências 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 dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação;
- IV. Depois de cumpridas 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 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.
- VI. 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 às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II

Da Remoção

Art. 32 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

Art. 33 - 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 houver possibilidade de remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a

- responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **E-VIDA**, desse ônus;
- II. Caberá à **E-VIDA** 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 **E-VIDA** 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 item II, a **E-VIDA** estará desobrigada da responsabilidade médica despesas assistenciais, bem como, e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X REEMBOLSO

Art. 34 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de atendimentos eletivos ou de urgência e ou emergência, dentro do território nacional.

§1º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **E-VIDA**, que não será inferior ao valor praticado pela **E-VIDA** junto à rede de prestadores do Plano.

§2º - Os reembolsos aprovados serão pagos ao Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados.

§3º - O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos, psicológicos, exames complementares de diagnóstico, aparelhos e medicamentos, devem ser requeridos à **E-VIDA**, com toda a documentação comprobatória do serviço prestado.

§4º - Os recibos, notas fiscais, cupons fiscais, laudos especializados e receitas devem ser apresentados em suas vias originais. Qualquer documentação médica emitida em idioma que não seja o português deve ser acompanhada de tradução juramentada.

§5º - O Titular do Plano + VIDA tem o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do documento fiscal.

§6º - A Tabela de Referência da **E-VIDA** está registrada no Cartório Marcelo Ribas, localizado no SCS Q.8 Ed. Venâncio 2000 Bloco "B"- 60 - sala 140/E 1º andar, estando também disponível na sede da **E-VIDA** e no *site* (www.e-vida.org.br). Sempre que houver alteração na referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), esta será novamente registrada.

§7º - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência da **E-VIDA** podem ser obtidos na sede da **E-VIDA** ou pelo telefone 4004-1039 ou 0800-607-8300.

§8º - O reembolso das despesas pagas diretamente pelo beneficiário ao prestador, em qualquer caso, só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este Regulamento.

CAPÍTULO XI MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Carteira de identificação do PLANO

Art. 35 - A **E-VIDA** fornecerá aos beneficiários a Carteira de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens do Plano, podendo a **E-VIDA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos beneficiários.

§1º - A perda da carteira de identificação do Plano deve ser imediatamente informada, por escrito, à **E-VIDA**. O ônus pela emissão da segunda carteira será de responsabilidade do beneficiário.

§2º - Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do Plano é exigido, além da carteira de identificação do Plano, um documento de identidade pessoal do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica não obrigatoriedade de atendimento, por parte do prestador de serviço sem autorização por parte da **E-VIDA**.

Seção II Modalidades de utilização do Plano + VIDA

Art. 36 – A **E-VIDA** disponibiliza duas modalidades para a utilização do Plano + VIDA: **Credenciamento** e **Livre Escolha**, ficando a escolha a critério do beneficiário.

Art. 37 - Na prestação de serviços do tipo **Credenciamento**, o beneficiário ou o seu responsável deverá assinar a guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

§1º - O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada devem apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor.

§2º - Os beneficiários do Plano + VIDA devem requerer, por meio de formulário específico, autorização para utilizar a rede credenciada das empresas congêneres, e terão suas despesas pagas pela **E-VIDA**, que se responsabilizará junto à empresa parceira com o pagamento integral do valor cobrado.

Art. 38 - O atendimento, por meio do sistema de Credenciamento, será prestado aos beneficiários do Plano + VIDA por meio de rede própria e credenciada pela **E-VIDA**.

§1º - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, respeitando os prazos estipulados pela ANS, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§2º - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da **E-VIDA** na *Internet*. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **E-VIDA** na *Internet*, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º - A **E-VIDA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra 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.
- II. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **E-VIDA** 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 **E-VIDA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

III. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Seção III **Autorização Prévia**

Art. 39 - Necessitam de autorização prévia do auditor e/ou perícia médica da **E-VIDA** os seguintes procedimentos:

- I. Cirurgia e internação hospitalar eletiva;
- II. Tratamentos dermatológicos;
- III. Tomografias e cintilografias;
- IV. Ressonâncias;
- V. Polissonografias;
- VI. Monitoração de epilepsia;
- VII. Contraceptivos: intrauterino – DIU;
- VIII. Psicologia e Fonoaudiologia;
- IX. Acupuntura, nos termos deste Regulamento;
- X. Fisioterapia buco-maxilo-facial;
- XI. Terapia Ocupacional;
- XII. Aquisição de órteses, próteses e materiais especiais – OPME;
- XIII. Tratamentos Quimioterápicos;
- XIV. Procedimentos que necessitam de suporte anestésico;
- XV. Painel de Hibridização Molecular;
- XVI. Procedimentos que possuam Diretriz de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
- XVII. Demais terapias.

§1º - Quando o procedimento envolver utilização de materiais, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Auditoria e ou Perícia Médica da **E-VIDA** laudo médico, com justificativa da indicação, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, com antecedência de 5 (cinco) dias úteis.

§2º - Necessitam de autorização prévia do auditor e ou perito odontológico, todos os tratamentos odontológicos, independentemente do valor do tratamento.

§3º - Quando não houver as 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes conforme §1º, deverá ser apresentado justificativa ou carta de exclusividade.

§4º - Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este Regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo prestador e o Plano + VIDA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§5º - Cirurgia e internação hospitalar de urgência emergência devem ser comunicadas a **E-VIDA**, até 02 (dois) dias úteis da ocorrência, e deverá ser apresentado o Laudo Médico.

§6º - Serão efetuadas auditorias médica e odontológica prévia e final, conforme normas estabelecidas pela **E-VIDA**.

§7º - Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil contado da data da solicitação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, nos termos deste Regulamento.

§8º - Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico ou cirurgião-dentista da **E-VIDA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **E-VIDA**.

Seção IV Atendimento

Subseção I Consulta e Tratamento Odontológico

Art. 40 - Quando o beneficiário residir ou estiver temporariamente em local que não tenha rede credenciada direta ou indireta, a Guia de Tratamento Odontológico - GTO deve ser encaminhada à **E-VIDA**, acompanhada da respectiva justificativa, para autorização prévia.

§1º - Em caso de tratamento de urgência/emergência, a documentação deve ser encaminhada à **E-VIDA**, acompanhada de laudo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis,

após a data de início do tratamento, sujeito à aprovação pela área responsável pelo serviço de odontologia.

§2º - Para o tratamento odontológico é exigido a GTO, preenchida e assinada pelo profissional e beneficiário, devendo ter autorização prévia, auditoria inicial e final conforme as normas constantes no referencial de procedimentos odontológicos, independente do valor do tratamento. Qualquer alteração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela **E-VIDA**.

§3º - No caso de tratamento realizado por profissional não credenciado, ao término do tratamento, deverá ser emitida Nota Fiscal, contendo o CNPJ do estabelecimento responsável, e/ou recibo constando razão social, nº do CRO, CPF, com a assinatura do Titular para solicitação do reembolso.

§4º - Os beneficiários devem se submeter às auditorias e ou perícia inicial e final.

§5º - Quando a **E-VIDA** não dispuser de Auditor e ou Perito Odontológico em seu próprio quadro, a auditoria e ou perícia inicial e final externas serão exigidas para todos os orçamentos acima dos limites estabelecidos nos valores referenciais de procedimentos odontológicos.

§6º - A **E-VIDA** pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados.

Subseção II Psicologia e fonoaudiologia

Art. 41 - Tratamentos psicoterápicos *biofeedback*, psicopedagogia e fonoaudiologia deverão ser descritos os tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado e diagnóstico para autorização prévia pela perícia psicológica e fonoaudiológica na **E-VIDA**.

Parágrafo Único - Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar nova solicitação acompanhada de laudo especializado para nova autorização respeitados os limites constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Subseção III Acupuntura e Fisioterapia

Art. 42 - Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia é necessária a solicitação médica.

§1º - A partir da 11ª sessão de acupuntura é necessária a autorização prévia de auditoria médica.

§2º - Para fisioterapia buco-maxilo-facial é necessária solicitação pelo cirurgião-dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e ou perícia odontológica.

Subseção IV Terapia Ocupacional

Art. 43 - Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica ou fisioterápica na **E-VIDA**.

Parágrafo Único - Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado, para nova autorização respeitados os limites constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

CAPÍTULO XII FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 44 - O Plano + VIDA será custeado em regime de preço "pré-estabelecido", nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS e suas alterações posteriores.

Art. 45 - O plano de custeio do Plano + VIDA previsto no Anexo I, obedecidas às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

- I. Valores repassados pela **PATROCINADORA**, conforme legislação vigente e convênio celebrado;
- II. Contribuição mensal dos Beneficiários Titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes;
- III. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos precedentes, não onerosos para a **E-VIDA**.

Parágrafo Único - O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais relativas aos Beneficiários Titulares e Dependentes estabelecidas por faixa etária, valores de patrocínio e eventuais

novas fontes de receita e deverá ser publicado por ato do Conselho Deliberativo da **E-VIDA**, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

Art. 46 – As contribuições mensais relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seus Dependentes, conforme valores definidos no plano de custeio, serão descontadas em folha de pagamento, ficando a **PATROCINADORA** responsável pelo processamento do referido desconto.

Parágrafo Único - Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as contribuições mensais, a cobrança será efetuada através de boleto bancário, que deverá ser pago até sua respectiva data de vencimento.

Art. 47 – As contribuições mensais relativas aos demitidos sem justa causa, aposentados e seus respectivos dependentes, bem como dos dependentes mantidos no Plano + VIDA após o falecimento do titular, deverão ser quitadas até o dia 07 (sete), via boleto bancário emitido pela **E-VIDA**.

Art. 48 - Em caso de inobservância do prazo estabelecido para pagamento das contribuições mensais, estas ficarão sujeitas a multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito, além de juros de mora 1% (um por cento) ao mês, calculados diariamente, considerando-se o período de inadimplência.

CAPÍTULO XIII REAJUSTE

Art. 49 - Anualmente, será efetuada a avaliação do custeio do Plano + VIDA, que poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas previstas neste instrumento ou da forma de custeio prevista no plano de custeio, inclusive com a aplicação de reajustes técnico-atuariais nos valores e percentuais da tabela de contribuições, o que ocorrerá no mesmo mês programado para o reajuste financeiro.

§1º - A avaliação atuarial deverá levar em consideração:

- I. Reajuste financeiro, apurado de acordo com a variação positiva do IPCA, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 2 (dois) meses, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo;
- II. Desequilíbrio técnico, considerando os seguintes fatos:
 - a) Aumento da sinistralidade do plano;
 - b) Aumento considerável dos custos médicos;

- c) Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do rol de procedimentos pela ANS;
- d) Alteração sensível na composição dos beneficiários.

§2º - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

§3º - Independente da data de adesão do beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Regulamento, entendendo esta como data base única.

§4º - Qualquer reajuste aplicado ao Plano + VIDA deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

§5º - Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do Plano + VIDA, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais e nos eventuais componentes.

Art. 50 - 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 **E-VIDA** para esse fim, respaldada em avaliação atuarial.

CAPÍTULO XIV FAIXAS ETÁRIAS

Art. 51 - As contribuições mensais foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecida no plano de custeio.

§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.

§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 6 (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;
- III. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

Art. 52 - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO XV

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I

Demitido

Art. 53 - Ao Beneficiário Titular que contribuir para o Plano + VIDA, em decorrência de vínculo empregatício mantido junto à **PATROCINADORA**, no caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º - O empregado desligado da **PATROCINADORA**, exceto aquele desligado por justa causa, deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA**, formalizada no ato da rescisão contratual.

§2º - O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Seção II

Aposentado

Art. 54 - Ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o Plano + VIDA, em decorrência de vínculo empregatício mantido junto à

PATROCINADORA, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º - O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA**, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

§2º - 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 integral do plano.

§3º - Na hipótese do empregado que se aposentar e 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 previsto neste Capítulo, é garantida a permanência no Plano + VIDA dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

Seção III **Disposições Comuns**

Art. 55 - O Plano + VIDA tratado neste Regulamento destina-se a categoria de beneficiários ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados, pelo que o direito previsto neste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo plano.

§1º - O direito garantido neste Capítulo será assegurado ainda que o beneficiário não esteja contribuindo para o Plano + VIDA no momento da demissão sem justa causa ou aposentadoria, 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 o plano.

§2º - 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.

§3º - O ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§4º - Em caso de óbito do ex-empregado ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no Plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras e que formalizem expressamente junto à **E-VIDA** sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do Plano + VIDA.

§5º - As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§6º - O titular que não contribuir para o Plano + VIDA, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência de que trata este Capítulo, após a perda do vínculo empregatício.

§7º - O direito de manutenção no Plano + VIDA deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I. Cancelamento pela **PATROCINADORA** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;
- II. Quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à **E-VIDA**;
- III. Decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo.

§8º - 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 de saúde em relação aos dependentes.

§9º - Ao ex-empregado (demitido sem justa causa e aposentado) vinculado à **PATROCINADORA**, que tiver contribuído para plano de saúde em virtude de vínculo empregatício e que tenha optado na operadora antecessora pelo direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, será assegurada a manutenção da assistência à saúde no presente Plano + **Vida** pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado.

Art. 56 – É assegurado ao ex-empregado demitido sem justa causa ou 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. 57 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XVI

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 58 - A **E-VIDA** poderá excluir os beneficiários nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da **E-VIDA**:

- a) Em caso de fraude ao Plano ou dolo;
- b) Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no Plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- c) Perda da qualidade de Dependente, no caso do 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.
- d) Interrupção do pagamento das contribuições, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 90 (noventa) dias;
- e) Solicitação de exclusão feita pelo próprio Titular

§ 1º - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo beneficiário titular à **E-VIDA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

§ 2º - Considera-se perda da qualidade de beneficiário titular:

- I. Falecimento;
- II. Dispensa do emprego;
- III. Aposentadoria com desligamento da **PATROCINADORA**;
- IV. Decisão administrativa ou judicial;
- V. Voluntariamente, por opção do Titular;
- VI. Outras situações previstas em Lei.

Art. 59 - A exclusão do beneficiário titular implicará a automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

§1º - Por ocasião do óbito do Titular, os dependentes inscritos poderão ter a assistência à saúde mantida pelo +VIDA, desde que se manifestem expressamente mediante assinatura de termo com a assunção das obrigações financeiras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do óbito.

§2º - Na hipótese do parágrafo anterior, um dos dependentes assumirá a condição de responsável financeiro do plano de saúde, por si e pelos demais dependentes.

Art. 60 - No caso de exclusão do beneficiário e cumpridos os procedimentos do **PLANO**, esse tem direito ao reembolso das despesas realizadas até o último dia que fez parte do Plano.

Parágrafo Único - As despesas realizadas com o titular ou seus dependentes, que tenham perdido tal condição, serão reembolsadas desde que a prestação de serviços correspondente e a solicitação de reembolso tenham ocorrido, no máximo, até o dia anterior à data de perda da referida condição.

Art. 61 - No caso da perda da qualidade de dependente, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora ou para outros planos da **E-VIDA**, caso existentes e que o admita como elegível, nos termos do art. 7-D, da RN nº 186/09 e alterações da ANS.

Art. 62 - A exclusão, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o beneficiário de quitar eventuais débitos com a **E-VIDA**.

CAPÍTULO XVII DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Obrigações

Art.63 - São obrigações da **E-VIDA**:

- I. Orientação e interpretação das disposições do Plano, análise de casos especiais e promoção das respectivas soluções;
- II. Gestão do Plano + **VIDA**.

Art. 64 - São obrigações dos beneficiários:

- I. Comunicação imediata à **E-VIDA** da perda da carteira de identificação para uso do Plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;
- II. Zelo na utilização do Plano + VIDA, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;
- III. Confirmar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais, no ato do recebimento da nova carteira de identificação de beneficiários do Plano + VIDA;
- IV. Devolução da carteira de identificação de todos os beneficiários no momento do desligamento ou quando qualquer de seus beneficiários perderem essa condição;
- V. Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e ou perícia médica;
- VI. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e pedidos médicos em suas vias originais, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento por reembolso;
- VII. Encaminhamento de tradução juramentada em português de qualquer documentação médica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento por reembolso;
- VIII. Atendimento às solicitações da **E-VIDA**, quando esta julgar necessário, de avaliações, exames complementares de diagnósticos, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final e outros documentos pertinentes que forem solicitados;
- IX. Declarar e atualizar os dados de seus beneficiários;
- X. Arcar com o pagamento da parte das mensalidades que lhe é cabível.

Seção II **Penalidades**

Art. 65 - O não cumprimento dos termos deste Regulamento sujeita o beneficiário titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo único - São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos beneficiários e dependentes:

- I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento;
- II. Omitir informações solicitadas ou previstas em Regulamento.

- III. Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;
- IV. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais;
- V. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
- VI. Falsificar ou adulterar documentos;
- VII. Outros atos que configurem infração ao Regulamento ou à legislação.

Art. 66 – A **E-VIDA** poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao beneficiário titular, conforme a gravidade da falta cometida:

- I. Advertência escrita;
- II. Suspensão;
- III. Exclusão.

§1º - O beneficiário titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

§2º - A suspensão ou exclusão do beneficiário titular, nos termos deste artigo, implicará a automática suspensão ou cancelamento da inscrição de seus dependentes.

§3º - O beneficiário, que sofrer a aplicação da penalidade, terá o prazo de 10 (dez) dias, após o recebimento da notificação, para apresentar a defesa e, se necessário, recorrer à instância competente.

§4º - As penalidades aplicadas serão comunicadas ao beneficiário titular por notificação escrita.

Art. 67 – Na hipótese de inadimplência do beneficiário em relação aos valores devidos ao plano, serão também aplicadas as seguintes penalidades:

- I. Suspensão dos dependentes do Plano + VIDA, caso a inadimplência acumule 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos últimos 12 (doze) meses;
- II. Exclusão dos dependentes do Plano + VIDA, caso a inadimplência acumule mais de 90 (noventa) dias.

Seção III

Disposições Finais

Art. 68- Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração 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 programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 69 - Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 70 - Nenhuma responsabilidade caberá à **E-VIDA** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular, e de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares.

Art. 71 - A **E-VIDA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 72 - Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da **E-VIDA** fornecerão informações complementares a este Regulamento.

Art. 73 - Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da **E-VIDA**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo da **E-VIDA**.

Art. 74 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 01 de novembro de 2016.

Art. 75 - Fica eleito o foro de Brasília - DF para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

PLANO DE CUSTEIO DO PLANO + VIDA

Dispõe sobre as contribuições mensais a cargo dos beneficiários, valores e critérios para determinação do custo, estabelecidos para o custeio do Plano + VIDA.

Considerando o disposto no Regulamento do Plano + VIDA, fica instituído o presente Plano de Custeio, com as regras e valores de contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, além dos critérios de fixação do custo.

Art. 1º - Para participar do Plano + VIDA o beneficiário titular contribuirá mensalmente com o custeio do plano, por si e por seus dependentes, no valor especificado na tabela de custo a seguir:

FAIXA ETÁRIA	MENSALIDADE	PARTE EMPREGADO (40%)	PARTE EMPRESA (60%)
00-18	247,34	98,94	148,40
19-23	315,86	126,34	189,52
24-28	447,88	179,15	268,73
29-33	590,92	236,37	354,55
34-38	665,13	266,05	399,08
39-43	718,64	287,46	431,18
44-48	778,80	311,52	467,28
49-53	914,14	365,66	548,48
54-58	1.006,07	402,43	603,64
59 acima	1.136,40	454,56	681,84

§1º - A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, observará os seguintes critérios:

- I. Faixa etária dos beneficiários inscritos pelo beneficiário titular;
- II. Número de beneficiários inscritos pelo beneficiário titular.

§2º - O valor da contribuição mensal será o somatório das contribuições individuais do beneficiário titular e de seus dependentes, em conformidade com o estabelecido na tabela de contribuições estabelecida no Art. 1º deste Plano de Custeio.

§3º - Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, a **PATROCINADORA** participará do custeio do Plano na proporção de 60%

(sessenta por cento), sendo o restante do valor da contribuição mensal arcado pelo beneficiário titular.

Art. 3º - Este plano de Custeio entrará em vigor em 01 de novembro de 2016.

NOTA EXPLICATIVA

O presente Regulamento contempla as seguintes alterações realizadas posteriormente:

1. Em reunião do Conselho Deliberativo da E-VIDA de 28.09.2017:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 1, que dispõe sobre o reajuste das contribuições para o referido Plano em 20,40% passando a vigorar no período de novembro/2017 a outubro/2018.

ATO NORMATIVO Nº 1

Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do + VIDA

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 1º do Plano de Custeio do PLANO + VIDA, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 28.09.2017, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no **Ato Normativo nº 1** e decidiu:

"Com maioria de votos, o Conselho Deliberativo aprovou o reajuste para o plano de custeio de 20,40 % (vinte vírgula quarenta por cento) passando a vigorar no período de novembro/2017 a outubro/2018. "

Parágrafo Único - Sendo assim, passam a ser aplicados os valores por faixa etária e de coparticipação nas internações conforme tabelas seguintes:

ATO NORMATIVO Nº 2

Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA + VIDA

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 1º do Plano de Custeio do PLANO + VIDA, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 23.11.2018, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no Ato Normativo nº 1 e decidiu:

*"O Conselho Deliberativo, com base nas atribuições as quais lhe são conferidas, resolve: Aprovar, em 2018, o reajuste aplicável às tabelas de mensalidade praticadas pela E-VIDA da seguinte forma: + **VIDA Colaboradores**: 49,65% (quarenta e nove vírgula sessenta e cinco por cento); e Determinar que a Diretoria Executiva efetive cobrança retroativa dos valores reajustados levando em consideração a data base dos planos mencionados acima, 1º de novembro de 2018. "*

Parágrafo Primeiro - Sendo assim, passam a ser aplicados os valores por faixa etária conforme tabelas seguintes:

FAIXA ETARIA	VALOR PRATICADO EM 2017-2018	REAJUSTE	MENSALIDADE 2018-2019	PARTE DO COLABORADOR	PARTE DA EMPRESA
0 - 18 anos	R\$ 297,80	49,65%	R\$ 445,66	R\$ 178,26	R\$ 267,39
19 - 23 anos	R\$ 380,30	49,65%	R\$ 569,12	R\$ 227,65	R\$ 341,47
24 - 28 anos	R\$ 539,25	49,65%	R\$ 806,99	R\$ 322,80	R\$ 484,19
29 - 33 anos	R\$ 711,47	49,65%	R\$ 1.064,71	R\$ 425,89	R\$ 638,83
34 - 38 anos	R\$ 800,82	49,65%	R\$ 1.198,43	R\$ 479,37	R\$ 719,06
39 - 43 anos	R\$ 865,24	49,65%	R\$ 1.294,83	R\$ 517,93	R\$ 776,90
44 - 48 anos	R\$ 937,68	49,65%	R\$ 1.403,24	R\$ 561,30	R\$ 841,94
49 - 53 anos	R\$ 1.100,62	49,65%	R\$ 1.647,08	R\$ 658,83	R\$ 988,25
54 - 58 anos	R\$ 1.211,31	49,65%	R\$ 1.812,73	R\$ 725,09	R\$ 1.087,64
> = 59 anos	R\$ 1.368,23	49,65%	R\$ 2.047,56	R\$ 819,02	R\$ 1.228,53

Parágrafo Segundo – Está tabela possui vigência de 1º de novembro de 2018 a 31 de outubro de 2019.