

REGULAMENTO DO PLANO E-VIDA FAMÍLIA

CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - A **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO SETOR DE ENERGIA (EVIDA – Assistência à Saúde)**, 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, inscrita no CNPJ sob o nº 11.828.089/0001- 03, SHCGN CR, Quadra 704/705, Bloco C, Loja 48, Asa Norte, CEP 70730-630, Brasília, Distrito Federal, é a instituição que ofertará e gerenciará o plano de saúde objeto deste Regulamento.

Art. 2º - As **PATROCINADORAS** da Caixa de Assistência do Setor de Energia – EVIDA são as **INSTITUIDORAS** do Plano de Saúde de que trata este Regulamento.

§1º Considera-se **INSTITUIDORA** a pessoa jurídica que convenia plano de saúde para determinada categoria de pessoas naturais, sem que haja sua participação ou responsabilidade financeira.

§2º O presente Instrumento destina-se exclusivamente aos familiares dos(as) beneficiários(as) titulares dos planos de saúde **E-VIDA PPRS, E-VIDA Roraima Energia e E-VIDA Amazonas Energia**, respeitados os vínculos exigidos na legislação de saúde suplementar para que a **EVIDA** seja considerada autogestão.

§3º Para fins do disposto neste Regulamento, os familiares dos(as) beneficiários(as) titulares dos planos de saúde oferecidos às **PATROCINADORAS** da **E-VIDA** que podem ter acesso ao plano privado de assistência à saúde objeto deste Regulamento são denominados agregados(as).

Art. 3º - O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado **E-VIDA FAMÍLIA** e está registrado na ANS sob o nº. 468.890/13-2, possuindo como Características Gerais:

- I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico;
- III. Fator Moderador: Coparticipação;
- IV. Área Geográfica de Abrangência: Nacional;
- V. Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
- VI. 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.

Art. 5º - 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 DEFINIÇÕES

Art. 6º - 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. Assistência Especial:** são serviços prestados pelos profissionais de Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- III. 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.
- IV. Beneficiário(a):** familiares agregados(as) dos(as) beneficiários(as) titulares dos planos de saúde E-VIDA PPRS, E-VIDA Roraima Energia e E-VIDA Amazonas Energia, oferecidos à às PATROCINADORAS da EVIDA, reconhecidos segundo critérios estabelecidos nesse regulamento.
- V. Carteira de Identificação:** é o documento de identificação do (a) beneficiário(a) para fins de utilização dos serviços do E-VIDA FAMÍLIA, válido somente com um documento de identidade do(a) beneficiário(a).
- VI. Coparticipação:** entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo(a) beneficiário(a) titular à EVIDA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e por seus(suas) dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal da EVIDA.
- VII. Custo Médico-Hospitalar:** expressa à variação do custo das operadoras de plano de saúde comparando dois períodos consecutivos de 12 meses, captando oscilações, tanto da frequência de utilização quanto do preço médico, dos serviços de assistência à saúde.
- VIII. Dependente especial:** é aquele que atende aos requisitos do artigo 3º do Decreto nº 3.298/99, o qual regulamenta a Lei 7.853/89 e homologado pela Empresa.
- IX. Dependente maior, filho(a) e ou enteado(a) portador(a) de Deficiência Incapacitante:** é o(a) dependente que tem sua deficiência declarada pelo(a) seu(sua) médico(a) assistente e reconhecida pela Empresa.
- X. Dependente legal:** é o(a) dependente informado(a) pelo(a) empregado(a), declarado(a) no Imposto de Renda, ou reconhecido(a) através de sentença judicial, ou Instrumento Declaratório Público e reconhecido(a) pela Empresa.
- XI. Documento comprobatório do serviço prestado:** documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do E-VIDA FAMÍLIA, emitida pelo profissional ou instituição prestadora do serviço ou fornecedores de aparelhos e medicamentos.
- XII. 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.
- XIII. Internação hospitalar para cirurgia eletiva:** aquela programada, não emergencial.
- XIV. Internação hospitalar para cirurgia emergencial:** aquela de caráter emergencial, não programada.
- XV. Modalidade convênio:** caracteriza-se pela escolha do prestador de serviços de saúde dentre aqueles que constam da lista de credenciados.
- XVI. Modalidade livre escolha:** caracteriza-se pela escolha do profissional liberal da área de saúde, clínica, hospital e laboratorial, não conveniado com a EVIDA.
- XVII. Portador(a) de Doenças Graves:** são as pessoas que portam as Doenças Graves classificadas pela OMS.
- XVIII. Plano E-VIDA FAMÍLIA:** benefício concedido aos familiares agregados(as), nos termos deste regulamento, dos(as) beneficiários(as) titulares dos planos da EVIDA, que tem por objetivo a utilização de serviços médicos e assistenciais, sob as modalidades de Convênio ou Livre Escolha pelos(as) beneficiários(as). Inclui atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- XIX. Reciprocidade:** é o ato de conveniar a uma operadora de planos de saúde que ofereça condições similares ao E-VIDA FAMÍLIA para utilização da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde de modo a prestar atendimentos aos usuários do E-VIDA FAMÍLIA 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.

XX. Referencial de participação: é a tabela que contém os valores a serem praticados pelos titulares, com relação a seus agregados(as), no custeio do E-VIDA FAMÍLIA.

XXI. Titular: pessoas naturais devidamente inscritas como titulares em planos da EVIDA, discriminados nesse regulamento.

CAPÍTULO VI CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º - O presente Plano destina-se exclusivamente aos familiares dos(as) beneficiários(as) titulares dos planos de saúde **E-VIDA PPRS, E-VIDA Roraima Energia e E-VIDA Amazonas Energia** doravante denominados(as) beneficiários(as) agregados(as), conforme condições de admissão abaixo especificadas.

Art. 8º - São considerados(as) beneficiários(as) agregados(as) para efeito do **E-VIDA FAMÍLIA**, os familiares dos(as) beneficiários(as) titulares dos planos de saúde oferecidos às **PATROCINADORAS** da **EVIDA** a seguir definidos:

- a) Filhos e filhas;
- b) Irmãos e irmãs;
- c) Tios e tias;
- d) Sobrinhos e sobrinhas;
- e) Netos e netas;
- f) Bisnetos e bisnetas;
- g) Pai e mãe;
- h) Padrasto e madrasta;
- i) Avôs e avós;
- j) Bisavôs e bisavós;
- k) Enteados e enteadas;
- l) Cunhados e cunhadas;
- m) Sogro e sogra;
- n) Genro e nora;
- o) Netos e netas do cônjuge ou companheiro;
- p) Sobrinho(a)-neto;
- q) Primo e prima.

§1º - Os parentes por afinidade dos beneficiários agregados não são considerados dependentes para fins deste regulamento.

§2º – Os familiares que tiverem direito de serem inscritos nos planos de saúde oferecidos às **PATROCINADORAS** da **EVIDA** serão considerados elegíveis ao **E-VIDA FAMÍLIA** quando da perda do vínculo naqueles planos.

Art. 9º - Os(as) agregados(as), para efeito do **E-VIDA FAMÍLIA**, serão submetidos a avaliações quando as **INSTITUIDORAS** ou a **EVIDA** julgarem necessárias e, se não preencherem os requisitos básicos dos benefícios, estes não serão concedidos.

§1º - A inscrição dos(as) beneficiários(as) agregados(as) fica condicionada à participação do Titular ou da Titular nos planos de saúde oferecidos às **PATROCINADORAS** da **EVIDA**.

§2º - Para efeito de cadastramento no **E-VIDA FAMÍLIA** é necessário apresentar documentos comprobatórios à **EVIDA**, que demonstrem a veracidade do vínculo com o titular.

§3º - A permanência dos(as) beneficiários(as) agregados(as) não estará condicionada à continuidade de participação do beneficiário Titular nos planos de saúde oferecidos às **PATROCINADORAS** da **EVIDA**, sendo assegurado aos dependentes e agregados já inscritos o direito à manutenção nas mesmas condições contratuais, desde que estes assumam as devidas obrigações ali contidas, em especial, quanto ao pagamento das contribuições em sua integralidade.

Art. 10 - É necessária a apresentação da seguinte documentação para o cadastro de agregados(as):

- a) CPF do(a) agregado(a);
- b) Documento de identidade do(a) agregado(a);
- c) Instrumento de adesão, assinado pelo titular;
- d) Outros documentos que comprovem o grau de parentesco com o titular.

Parágrafo Único - A **EVIDA** tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 11 - É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho ou filha natural ou por adoção do(a) beneficiário(a), isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a realização do parto ou adoção;
- II. Do filho adotivo ou da filha adotiva, menores de 18 (dezoito) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo(a) beneficiário(a) adotante.

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

CAPÍTULO V

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12 - A **EVIDA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, aos(as) beneficiários(as) 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 **EVIDA**, 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 **E-VIDA FAMÍLIA** 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. Os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656/1998 e regulamentação infralegal específica vigente;
- II. 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).
- III. 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 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;
- IV. 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;

- V. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, solicitadas pelo(a) médico(a) 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 vigentes à época do evento;
- VI. 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 vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo(a) como por médico(a) devidamente habilitado(a), conforme solicitação e indicação do(a) médico(a) assistente;
- VII. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes na data do evento, solicitados pelo(a) médico(a) assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- IX. 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;
- X. 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;
- XI. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII. 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;
- XIII. Hemoterapia ambulatorial;
- XIV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia 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:
 - a. 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
 - b. 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(a) médico(a) assistente;
- II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- III. Atendimento por outros(as) profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo(a) médico(a) ou cirurgião dentista assistente, desde que 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 para a segmentação hospitalar.

- IV.** Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário ou da beneficiária e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do(a) médico(a) 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 ou da beneficiária menor de 18 (dezoito) anos, beneficiário ou beneficiária com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou beneficiário ou beneficiária portador(a) de necessidades especiais, salvo contra-indicação do(a) médico(a) e/ou cirurgião dentista assistente e 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;
- Cabe ao(à) médico(a) ou cirurgião(ã) 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;
 - O(A) profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação 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 EVIDA, sendo vedada a escolha de marca específica pelo profissional;
 - É garantida a instauração de junta médica ou odontológica nos termos da regulamentação vigente sobre essa matéria.
- VIII.** Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX.** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- X.** O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário ou beneficiária, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- O (A) cirurgião-dentista assistente e ou o médico(a) 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 ou da beneficiária, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
 - Os honorários do(a) 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.
- XI.** Procedimentos ambulatoriais, previsto no Rol de Procedimento e Evento em Saúde, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
- Hemodiálise e diálise peritoneal -CAPD;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - 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;
 - Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição parenteral ou enteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) 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;
- k) 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;

XII. 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;

XIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIV. 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/beneficiária 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;
 - d.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
 - d.1.1) O beneficiário/beneficiária 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;
 - d.1.2) 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;
 - d.1.3) 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.

XV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XVI. 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 (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do(a) médico(a) assistente e ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.

XVII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o beneficiário titular tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Parágrafo Único – A **EVIDA** poderá ofertar a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, prevista no inciso I deste artigo, desde que baseada em critérios técnicos após a avaliação por meio da tabela ABEMID, nos termos da regulamentação vigente.

Art. 15 - Na atenção prestada aos(s) portadores(as) 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(a) médico(a) assistente;
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- 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;
 - 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 ou beneficiária a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- IV. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano de adesão do beneficiário ou beneficiária.

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 nº 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 ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação clínica;
- III. Insumos necessários à realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, bem como equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, incluindo os profissionais de instrumentalização cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, e 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, neuro navegação, outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
- VI. Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, 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(a) cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do(a) 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 URGÊNCIA e ou EMERGÊNCIA:**
- a. Tratamento de odontalgia aguda;
 - b. Imobilização dentária temporária;
 - c. Recimentação de peça e ou trabalho protético;
 - d. Tratamento de alveolite;
 - e. Colagem de fragmentos dentários;
 - f. Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - g. Reimplante de dente avulsionado com contenção;
 - h. Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.
- III. Procedimentos de RADIOLOGIA:**
- a. Radiografia periapical;
 - b. Radiografia interproximal - bite-wing;
 - c. Radiografia oclusal;
 - d. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).
- IV. 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.
- V. 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).
- VI. 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.
- VII. 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 dentes decíduos;
 - g. Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
 - h. Tratamento de perfuração radicular e ou câmarapulpar;
 - i. Remoção de núcleo intra-canal;
 - j. Remoção de peça/trabalho protético.
- VIII. 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.
- IX. 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(a) 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 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do E-VIDA FAMÍLIA 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, realizadas à revelia da EVIDA sem atendimento às condições previstas neste Regulamento.
- II.** Atendimentos prestados antes do início da vigência ou no cumprimento das carências, 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, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aqueles que fazem uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;
- 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 ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos(as) 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 da quimioterapia oncológica ambulatorial e 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 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;
- XII.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIII.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV.** Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

- XV.** Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVI.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XVII.** Aparelhos ortopédicos;
- XVIII.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XIX.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XX.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do(a) beneficiário(a), exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores(as) de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXI.** 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;
- XXII.** 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;
- XXIII.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXIV.** Cirurgia para mudança de sexo;
- XXV.** Avaliação pedagógica;
- XXVI.** Orientações vocacionais;
- XXVII.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXVIII.** Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXIX.** Remoção domiciliar;
- XXX.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXI.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXII.** Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- XXXIII.** Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXIV.** Tratamentos prescritos por profissional não habilitado(a) e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXV.** Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXVI.** Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XXXVII.** Transplantes ósseos;
- XXXVIII.** Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XXXIX.** Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XL.** Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- XLI.** Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XLII.** Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica.

CAPÍTULO VII PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19 – Não será exigido o cumprimento de períodos de carência para a garantia das coberturas previstas neste instrumento aos(as) beneficiários(as) regularmente inscritos no prazo de 90 dias, contados do ingresso do titular na **INSTITUIDORA** ou da disponibilidade desse plano ao(a) beneficiário(a).

Parágrafo Primeiro – O ingresso de beneficiários(as) agregados(as) fora do prazo contemplado neste artigo estará sujeito ao cumprimento integral dos períodos de carência abaixo especificados, 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 Segundo – O prazo de carência será contado a partir da adesão do beneficiário ao Plano **E-VIDA FAMÍLIA**.

CAPÍTULO VIII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 20 – Não será aplicada cobertura parcial temporária ou agravamento no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, aos(as) beneficiários(as) regularmente inscritos no prazo de 30 dias, contados do ingresso do titular na **INSTITUIDORA** ou da disponibilidade desse plano ao(a) beneficiário(a).

§1º – O ingresso de beneficiários(as) agregados(as) fora do prazo contemplado neste artigo, estará sujeito ao preenchimento do formulário de declaração de saúde no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do **E-VIDA FAMÍLIA**, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

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

§3º - O(a) beneficiário(a) 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 **EVIDA**, sem qualquer ônus para o(a) beneficiário(a).

§4º - Caso o(a) beneficiário(a) opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **EVIDA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§5º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o(a) beneficiário(a) para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o(a) beneficiário(a) saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

§7º - Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o(a) beneficiário(a) ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

§8º - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do(a) beneficiário(a), 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 **EVIDA** oferecerá a cobertura parcial temporária.

§9º - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

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

§11 - As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela **EVIDA** 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 **EVIDA** para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

§12 - 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 **EVIDA**, fazendo parte integrante deste instrumento.

§13 - Exercendo prerrogativa legal, a **EVIDA** não optará pelo fornecimento do Agravo.

§14 - Identificado indício de fraude por parte do(a) beneficiário(a), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **EVIDA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao(a) beneficiário(a) 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(a) beneficiário(a) à cobertura parcial temporária.

§15 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à **EVIDA** caberá o ônus da prova.

§16 - A **EVIDA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do(a) beneficiário(a) sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

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

§18 - Se solicitado pela ANS, o(a) beneficiário(a) deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§19 - Após julgamento, e acolhida a alegação da **EVIDA**, pela ANS, o(a) beneficiário(a) passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela **EVIDA**, bem como será excluído do **E-VIDA FAMÍLIA**.

§20 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou exclusão do **E-VIDA FAMÍLIA** até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO IX
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Seção I
Do Atendimento

Art. 21 – 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/emergência odontológico:
 - a. Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
 - b. Tratamento de odontalgia aguda;
 - c. Imobilização dentária temporária;

- d. Recimentação de peça/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. 22 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se o seguinte:

- 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(a) beneficiário(a) ao **E-VIDA FAMÍLIA**;
- 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 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;
- IV. Depois de cumpridas as carências para internação, 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 dos períodos de carência para internação, 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.
- 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 Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II Da Remoção

Art. 23 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor:

- I. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da E-VIDA, 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.
- II. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do(a) beneficiário(a) estar cumprindo período de carência para internação.
 - a. 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 pré-existentes.
 - b. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:
 - b.1) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de vida, o(a) beneficiário(a) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **EVIDA**, desse ônus;
 - b.2) Caberá à **EVIDA** 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;
 - b.3) Na remoção, a **EVIDA** 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;

b.4) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'b.2', a **EVIDA** estará desobrigada da responsabilidade médica, das despesas assistenciais, bem como do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X REEMBOLSO

Art. 24 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo(a) beneficiário(a) com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de atendimentos eletivos ou de urgência/emergência, dentro do território nacional.

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

§2º - Os reembolsos aprovados serão pagos 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, devem ser requeridos à **EVIDA**, 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 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 **EVIDA** 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 **EVIDA** e no *site* (<https://evida.org.br/>).

§7º - Sempre que houver alteração na Tabela de Referência, conforme negociações com os(as) prestadores(as), considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede, esta será novamente registrada.

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

§9º - A cobrança de coparticipação incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados pelos beneficiários e será abatida do valor a ser reembolsado no caso de deferimento do pedido de reembolso.

§10º - Em caso de óbito do titular, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial.

CAPÍTULO XI MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Carteira de identificação do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 25 - A **EVIDA** fornecerá aos(as) beneficiários(as) a Carteira de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens do **E-VIDA FAMÍLIA**, podendo a **EVIDA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos(as) beneficiários(as).

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

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

Seção II

Modalidades de utilização do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 26 - **EVIDA** disponibiliza duas modalidades para a utilização do **E-VIDA FAMÍLIA**: **Convênio e Livre Escolha**, ficando a escolha a critério do(a) beneficiário(a).

Art. 27 - Na prestação de serviços do tipo **Convênio**, o(a) beneficiário(a) 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(as) beneficiários(as) do **E-VIDA FAMÍLIA** devem requerer, por meio de formulário específico, autorização para utilizar a rede credenciada das empresas congêneres, e terão suas despesas pagas pela **EVIDA**, que se responsabilizará junto à empresa parceira com o pagamento integral do valor cobrado.

Art. 28 - O atendimento, por meio do sistema de **Convênio**, será prestado aos(as) beneficiários(as) do **E-VIDA FAMÍLIA** por meio de rede própria e credenciada pela **EVIDA**.

§1º - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos(as) beneficiários(as), 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 **EVIDA** na Internet. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão também disponíveis no portal da **EVIDA** na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º - A **EVIDA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/98:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao(a) beneficiário(a) 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 **EVIDA** durante período de internação de algum beneficiário(a), 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 **EVIDA** 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. 29 - Necessitam de autorização prévia do auditor/perícia médica da **EVIDA** os procedimentos estipulados no rol de abrangência da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do valor do tratamento.

§1º - Quando o procedimento envolver utilização de materiais especiais, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Auditoria e ou Perícia Médica da E-VIDA laudo médico e com a 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/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 parágrafo 1º, deverá ser apresentado justificativa ou carta de exclusividade.

§4º - Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os(as) beneficiários(as) 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 **E-VIDA FAMÍLIA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§5º - Cirurgia e internação hospitalar emergencial devem ser comunicadas à **EVIDA** 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 **EVIDA**.

§7º - Será garantido ao beneficiário (a) o atendimento pelo (a) profissional avaliador (a) 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(a) beneficiário(a), por médico ou cirurgião-dentista da **EVIDA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **EVIDA**.

Seção IV Atendimento

Subseção I Consulta e Tratamento Odontológico

Art. 30 - Quando o(a) beneficiário(a) residir ou estiver temporariamente em local que não tenha representação da **EVIDA**, nem convênio de reciprocidade com empresas congêneres, a Guia de Tratamento Odontológico - GTO deve ser encaminhada à sede da **EVIDA**, acompanhada da respectiva justificativa, para autorização prévia.

§1º - Em caso de tratamento de emergência, a documentação deve ser encaminhada à **EVIDA**, 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(a), devendo ter autorização prévia, auditoria final conforme as normas constantes no referencial de procedimentos

odontológicos, independentemente do valor do tratamento. Qualquer alteração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela **EVIDA**.

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

§4º - Os(as) beneficiários(as) devem se submeter às auditorias.

§5º - A **EVIDA** pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para a comprovação e o acompanhamento dos tratamentos realizados.

Subseção II Psicologia e fonoaudiologia

Art. 31 – Para tratamentos psicoterápicos biofeedback, psicopedagogia e fonoaudiologia deverão ser descritos o tipo, a finalidade e sua duração, acompanhado de laudo de profissional especializado, contendo o CID e o diagnóstico para a autorização prévia da **EVIDA**.

Parágrafo Único - Os laudos terão validade de 06 (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 contendo CID, para nova autorização.

Subseção III Acupuntura e Fisioterapia

Art. 32 - Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia é necessária a solicitação médica.

Subseção IV Terapia Ocupacional

Art. 33 - Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e diagnóstico para autorização da **EVIDA**.

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 contendo CID, para nova autorização.

Seção V Coparticipações

Art. 34 - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo(a) beneficiário(a) titular à **EVIDA**, referente à utilização dos serviços cobertos, por seus Agregados(as), definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º - Além da contribuição mensal devidamente pelo(a) beneficiário(a) titular, será cobrada coparticipação prevista no plano de custeio, na utilização, pelos(as) beneficiários(as) inscritos, dos procedimentos abaixo relacionados:

- I. Consultas, exames e demais procedimentos ambulatoriais e odontológicos;
- II. Internações.

§2º - Para todos os serviços do **E-VIDA FAMÍLIA**, a **E-VIDA** utilizará Guias padronizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cobrando o valor relativo à coparticipação do titular, juntamente com a cobrança da contribuição fixa mensal.

CAPÍTULO XII FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 35 - O **E-VIDA FAMÍLIA** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 36 - O(a) beneficiário(a) titular deverá pagar à **EVIDA** uma contraprestação pecuniária mensal definida em função da faixa etária em que se enquadrar cada agregado(a) por ele inscrito, bem como os valores de coparticipação em decorrência da utilização dos serviços cobertos pelo **E-VIDA FAMÍLIA**, na forma deste Regulamento e valores estabelecidos no plano de custeio, anexo a este Instrumento.

Art. 37 - As contribuições e as eventuais coparticipações a cargo dos(as) beneficiários(as) titulares, por seus agregados(as), definidas no plano de custeio, serão preferencialmente debitadas na conta corrente do(a) beneficiário(a) titular.

§1º - Nos casos em que, por qualquer motivo, as contribuições e coparticipações em despesas assistenciais não tenham sido debitadas na conta corrente do(a) beneficiário(a) titular, os(as) beneficiários(as) titulares, ficarão obrigados a recolhê-las diretamente aos cofres da **EVIDA** até o 5º dia útil do mês subsequente.

§2º - Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos, os(as) beneficiários(as) estarão sujeitos a 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 atualizado.

CAPÍTULO XIII REAJUSTE

Art. 38 - Anualmente, será efetuada a avaliação do custeio do **E-VIDA FAMÍLIA**, em conjunto com o **E-VIDA MELHOR IDADE**, o que proporcionará a participação indireta dos(as) agregados(as) no custeio do **E-VIDA MELHOR IDADE**.

§1º - A avaliação referida neste artigo 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, que nesse caso será divulgado no site da **EVIDA**), o que ocorrerá no mesmo mês programado para o reajuste financeiro.

§2º - A avaliação atuarial deverá levar em consideração:

- a) 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;
- b) Desequilíbrio técnico, constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas dos planos **E-VIDA MELHOR IDADE** e **E-VIDA FAMÍLIA**, apuradas no período de 12 meses contemplados na avaliação atuarial;
- c) Aumento considerável dos custos médicos;
- d) Incorporação de novos procedimentos decorrentes de revisão do rol de procedimentos pela ANS;
- e) Alteração sensível na composição dos(as) beneficiários(as).

§3º - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

§4º - Independente da data de adesão do(a) beneficiário(a), os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no mês de novembro de cada ano, entendendo esta como data base única.

§5º - Qualquer reajuste aplicado ao **E-VIDA FAMÍLIA** deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

§6º - Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do **E-VIDA FAMÍLIA**, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais, nos eventuais componentes e coparticipações.

CAPÍTULO XIV FAIXAS ETÁRIAS

Art. 39 - As mensalidades serão fixadas em função da idade do(a) beneficiário(a) inscrito(a), 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(a) beneficiário(a), 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:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) 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;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§4º - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao(a) beneficiário(a) 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

Art. 40 - A **EVIDA** assegurará ao(a) beneficiário(a) agregado(a) o direito de manutenção no **E-VIDA FAMÍLIA**, previsto no §2º e §3º do art. 30 e no §2º do art. 31 ambos da Lei nº 9.656/98, nos casos em que for extinto o vínculo do(a) beneficiário(a) titular com a **INSTITUIDORA** por demissão sem justa causa ou aposentadoria.

§1º - Para exercício do direito de manutenção de que trata esta Cláusula, deverão ser observadas as condições legais estipuladas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, bem como as disposições dos Regulamentos dos planos de saúde destinados aos beneficiários titulares da **EVIDA**.

§2º - O direito de manutenção no **E-VIDA FAMÍLIA** dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à **EVIDA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de aquisição do direito.

Art. 41 - 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. 42 - Caberá à **INSTITUIDORA** solicitar a exclusão de beneficiários(as), inclusive na situação de perda da qualidade de agregado(a), no caso do(a) beneficiário(a) 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 agregado(a).

Art. 43 - A **EVIDA** poderá excluir os(as) beneficiários(as), sem a anuência da **INSTITUIDORA**, nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da **EVIDA**:

- I. Em caso de fraude ao Plano ou dolo;
- II. Perda da qualidade de agregado(a), no caso do(a) beneficiário(a) 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 agregado(a);
- III. Interrupção do pagamento das contribuições, por prazo superior a 90 (noventa) dias.

Parágrafo Único - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do(a) agregado(a) deverá ser comunicada pelo(a) beneficiário(a) titular a **EVIDA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 44 - A exclusão do(a) beneficiário(a) titular do plano da **EVIDA** ao qual estiver vinculado não implicará na automática exclusão de todos os seus agregados(as) vinculados ao **E-VIDA FAMÍLIA**, exceto nos casos previstos neste instrumento.

Art. 45 - No caso de exclusão do(a) beneficiário(a) do **E-VIDA FAMÍLIA**, esse tem direito ao reembolso das despesas realizadas até o último dia em que permaneceu como beneficiário(a) do plano.

§1º - No caso específico de tratamentos odontológicos, o(a) agregado(a) fica sujeito à auditoria final dos tratamentos realizados, devendo efetuar-la até o último dia em que permaneceu como beneficiário(a) do **E-VIDA FAMÍLIA**.

§2º - As despesas referentes à participação do titular nos serviços faturados pelo **E-VIDA FAMÍLIA** devem ser quitadas até o último dia em que o(a) agregado(a) permaneceu como beneficiário(a) do plano.

§3º - As despesas realizadas com agregados(as), que tenham perdido tal condição, serão reembolsadas desde que a prestação de serviços correspondente, a auditoria final e a solicitação de reembolso tenham ocorrido, no máximo, até o dia anterior à data de perda da referida condição.

Art. 46 - No caso da perda da qualidade de agregado(a), poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora ou para outros planos da **EVIDA**, caso existentes e que o admita como elegível, nos termos do art. 7-D, da RN nº 186/09 e alterações da ANS.

Art. 47 – Ocorrendo a exclusão do(a) beneficiário(a) agregado(a), a carteira de identificação do **E-VIDA FAMÍLIA** deverá ser devolvida à **EVIDA**.

Art. 48 - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o(a) beneficiário(a) de quitar eventuais débitos com a **EVIDA**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO XVII DISPOSIÇÕES GERAIS Seção I Obrigações

Art. 49 - São obrigações da EVIDA:

- I. Assinatura de parcerias de reciprocidade, como descrito no convênio;
- II. Orientação às áreas responsáveis pelo acompanhamento sócio funcional e de benefícios na execução do E-VIDA FAMÍLIA;
- III. Desenvolvimento de procedimentos próprios com a finalidade de facilitar a operacionalização do E-VIDA FAMÍLIA;
- IV. Atualização e revisão das referências praticadas;
- V. Orientação e interpretação das disposições do Plano, análise de casos especiais e promoção das respectivas soluções;
- VI. Gestão do E-VIDA FAMÍLIA.

Art. 50 - São obrigações dos(as) beneficiários(as):

- I. Escolha da modalidade a ser utilizada para o atendimento às suas necessidades cobertas pelo E-VIDA FAMÍLIA, arcando com a parte das despesas que lhe for devida para cada caso estabelecido neste Regulamento;
- II. Comunicação imediata à EVIDA da perda da carteira de identificação para uso do Plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer deste fato;
- III. Zelo na utilização do E-VIDA FAMÍLIA, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação e arcando com despesas que possam decorrer deste fato;
- IV. Confirmar os nomes dos seus agregados(as) no ato do recebimento da nova carteira de identificação de beneficiários(as) do E-VIDA FAMÍLIA;
- V. Devolução da carteira de identificação de todos os(as) beneficiários(as) no momento do desligamento ou quando qualquer de seus beneficiários(as) perderem essa condição;
- VI. Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, devolução de adiantamento, comparecimento à auditoria/ perícia da área de saúde;
- VII. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e receitas em suas vias originais, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento por reembolso;
- VIII. Encaminhamento de tradução juramentada em português de qualquer documentação médica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento por reembolso;
- IX. Atendimento às solicitações da empresa, quando esta julgar necessárias, de avaliações, exames complementares de diagnósticos, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias/perícias inicial e final e outros documentos pertinentes que forem solicitados pela EVIDA;
- X. Declarar e atualizar os seus beneficiários(as);
- XI. Arcar com as despesas quando da utilização do plano.

Art. 51 - São obrigações do Auditor/Perito Odontológico:

- I. Autorizar procedimentos odontológicos;
- II. Efetuar auditoria prévia, conforme normas da tabela de serviços odontológicos, analisar o plano de tratamento proposto;
- III. Efetuar auditoria final, verificando o resultado final do plano de tratamento;
- IV. Prestar assessoramento nas questões técnicas e administrativas que se relacionam com o programa de assistência odontológica, analisar críticas, reclamações e sugestões dos(as) beneficiários(as) e da rede credenciada.

Art. 52 - São obrigações do Auditor/Perito Médico (Termo de Credenciamento)

- I. Autorizações de procedimentos médicos;
- II. Prestar assistência Pericial em Processos Judiciais;

- III. Análise e Perícia de contas médicas, hospitalares;
- IV. Auditoria Médica em âmbito hospitalar e domiciliar;
- V. Prestar assessoramento nas questões técnicas e administrativas, que se relacionam com o programa de assistência médica assim como analisar críticas, reclamações e sugestões dos(as) beneficiários(as) e da rede credenciada.

Seção II Penalidades

Art. 53 - O não cumprimento dos termos deste Regulamento sujeita o titular infrator às penalidades previstas no **Estatuto Social** da **EVIDA** e em seus Regimentos Internos, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Seção III Disposições Finais e Transitórias

Art. 54 – Na hipótese de não haver titular vinculado no plano de saúde da **EVIDA**, um dos(as) agregados(as), de cada grupo familiar distinto, assumirá os direitos e as obrigações estabelecidos no presente Regulamento nos Capítulos: Reembolso, Mecanismos de Regulação, Formação do Preço e Mensalidade, Reajuste, Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário e Disposições Gerais, por si e pelos demais agregados(as).

Parágrafo Único – Quando o(a) agregado(a) mantido for menor, o pai/mãe ou responsável legal assumirá as obrigações perante o **E-VIDA FAMÍLIA**, estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 55 - 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. 56 - Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 57 - Nenhuma responsabilidade caberá a **EVIDA** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do(a) Beneficiário(a) ou de seus agregados(as), provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do(a) beneficiário(a).

Art. 58 - A **EVIDA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 59 - Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da **EVIDA** e da **INSTITUIDORA** fornecerão informações complementares a este Regulamento.

Art. 60 - Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da **EVIDA**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 61 - O presente Regulamento vigorará por **prazo indeterminado**.

Parágrafo Único – As solicitações de inscrição anteriores à vigência do **E-VIDA FAMÍLIA** foram processadas para produzir seus efeitos, inclusive quanto ao pagamento das contribuições, a partir de 1º de agosto de 2013.

Art. 62 - Fica eleito o foro de Brasília, DF, para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, facultado o direito ao(a) beneficiário(a) de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

PLANO DE CUSTEIO DO E-VIDA FAMÍLIA

Dispõe sobre as contribuições mensais a cargo dos(as) beneficiários(as), valores de coparticipação, critérios para determinação do custo e eventuais novas fontes de receita, estabelecidas para o custeio do E-VIDA FAMÍLIA.

Considerando o disposto no Regulamento do **E-VIDA FAMÍLIA**, fica instituído o presente Plano de Custeio, com as regras e valores de contribuições mensais e valores de coparticipação a cargo dos(as) beneficiários(as) titulares, por seus agregados(as), além dos critérios de fixação do custo.

Art. 1º - Para participar do **E-VIDA FAMÍLIA** o(a) beneficiário(a) titular contribuirá mensalmente com o custeio do plano, por seus agregados(as), no valor especificado na tabela de custo a seguir:

Faixa Etária	Base (R\$)	Percentual de Reajuste entre Faixas (%)
0-18 anos	161,25	--
19-23 anos	205,92	27,70
24-28 anos	291,99	41,80
29-33 anos	386,77	32,50
34-38 anos	433,62	12,10
39-43 anos	468,49	8,00
44-48 anos	507,71	8,40
49-53 anos	595,96	17,40
54-58 anos	655,88	10,10
> = 59 anos	740,86	13,00

1º - A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos(as) beneficiários(as) titulares, por seus agregados(as), observará os seguintes critérios:

- I. Faixa etária dos(as) beneficiários(as) inscritos(as) pelo(a) beneficiário(a) titular;
- II. Número de beneficiários(as) inscritos(as) pelo(a) beneficiário(a) titular.

Total (R\$) do custo da Internação de:	Total (R\$) do custo da Internação até:	Coparticipação (R\$)
30,00	500,00	22,00
500,01	1.000,00	41,25
1.000,01	2.000,00	82,50
2.000,01	3.000,00	165,00
3.000,01	4.000,00	220,00
4.000,01	5.000,00	330,00
5.000,01	7.500,00	412,50
7.500,01	10.000,00	550,00
10.000,01	15.000,00	660,00
15.000,01	20.000,00	880,00
20.000,01	30.000,00	1.320,00
30.000,01	40.000,00	1.760,00
40.000,01	50.000,00	2.200,00
50.000,01	60.000,00	2.640,00
60.000,01	70.000,00	2.772,00

70.000,01	80.000,00	2.910,60
80.000,01	90.000,00	3.056,13
90.000,01	100.000,00	3.208,94
Acima de 100.000,00	----	6.000,00

§2º - O valor da contribuição mensal será o somatório das contribuições individuais dos(as) beneficiários(as) agregados(as), 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, registra-se que não haverá participação da INSTITUIDORA no custeio desse plano, sendo o valor da mensalidade integralmente arcado pelo(a) beneficiário(a) titular, em nome dos(as) agregados(as) por ele inscritos.

Art. 2º - Além da contribuição mensal devida pelo (a) beneficiário (a) titular, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos (as) beneficiários (as) inscritos, dos procedimentos abaixo relacionados:

- I. Consultas, exames e demais procedimentos ambulatoriais e odontológicos: 10%;
- II. Internações: conforme tabela abaixo:

Art. 3º - Este Plano de Custeio entrará em vigor em 1º de agosto de 2013.

NOTAS EXPLICATIVAS

O presente Regulamento contempla as seguintes alterações realizadas posteriormente:

1. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 26.09.2014:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 1, que dispõe sobre o reajuste das contribuições para o referido Plano em 6,3% passando a vigorar no período de novembro/2014 a outubro/2015.
2. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 26.10.2015
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 2, que dispõe sobre o reajuste das contribuições para o referido Plano em 13,55% passando a vigorar no período de novembro/2015 a outubro/2016.
3. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 19.10.2016:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 3, que dispõe sobre o reajuste das contribuições para o referido Plano em 22,08% passando a vigorar no período de novembro/2016 a outubro/2017.
4. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 26.07.2017:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 4, que dispõe sobre a abertura do Plano E-VIDA FAMÍLIA para ingresso dos familiares dos titulares do Plano +VIDA.
5. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 28.09.2017:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 5, 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.
6. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 23.11.2018:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 6, que dispõe sobre o reajuste das contribuições para o referido Plano em 10% passando a vigorar no período de novembro/2018 a outubro/2019.

7. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 27.09.2019:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 7, que dispõe sobre o reajuste das contribuições para o referido Plano em 3,28% passando a vigorar no período de novembro/2019 a outubro/2020.
8. Em reunião do Conselho Deliberativo da EVIDA de 27.09.2019:
 - a) Aprovação do Ato Normativo nº 8, que dispõe sobre o reajuste das contribuições para o referido Plano em 4,86% passando a vigorar no período de novembro/2020 a outubro/2021.

ATO NORMATIVO Nº 1
Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 1º - Considerando o disposto no Art. 38, Capítulo XIII, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 26.09.2014, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no **PLANO DE CUSTEIO DO E-VIDA FAMÍLIA** e decidiu:

“Com maioria de votos, o Conselho Deliberativo aprovou o reajuste para o plano de custeio de 6,3% passando a vigorar no período de novembro/2014 a outubro/2015. “

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

TABELA DE MENSALIDADES	
Faixa Etária	Valor
0-18 anos	R\$ 171,41
19-23 anos	R\$ 218,89
24-28 anos	R\$ 310,39
29-33 anos	R\$ 411,14
34-38 anos	R\$ 460,94
39-43 anos	R\$ 498,00
44-48 anos	R\$ 539,70
49-53 anos	R\$ 633,51
54-58 anos	R\$ 697,20
> = 59 anos	R\$ 787,53

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO 2014-2015		
Total (R\$) do custo da Internação de:	Total (R\$) do custo da Internação até:	Coparticipação (R\$)
31,89	531,50	23,39
531,51	1.063,00	43,85
1.063,01	2.126,00	87,70
2.126,01	3.189,00	175,40
3.189,01	4.252,00	233,86
4.252,01	5.315,00	350,79
5.315,01	7.972,50	438,49
7.972,51	10.630,00	584,65
10.630,01	15.945,00	701,58
15.945,01	21.260,00	935,44
21.260,01	31.890,00	1.403,16
31.890,01	42.520,00	1.870,88
42.520,01	53.150,00	2.338,60
53.150,01	63.780,00	2.806,32
63.780,01	74.410,00	2.946,64
74.410,01	85.040,00	3.093,97
85.040,01	95.670,00	3.248,67
95.670,01	106.300,00	3.411,10
106.300,01	-	6.378,00

ATO NORMATIVO Nº 2
Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 1º - Considerando o disposto no Art. 38, Capítulo XIII, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 26.10.2015, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no **Ato Normativo nº 2** e decidiu:

“Com maioria de votos, o Conselho Deliberativo aprovou o reajuste para o plano de custeio de 13,55% passando a vigorar no período de novembro/2015 a outubro/2016. “

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

TABELA DE MENSALIDADES	
Faixa Etária	Valor
0-18 anos	R\$ 194,64
19-23 anos	R\$ 248,55
24-28 anos	R\$ 352,45
29-33 anos	R\$ 466,85
34-38 anos	R\$ 523,40
39-43 anos	R\$ 565,48
44-48 anos	R\$ 612,83
49-53 anos	R\$ 719,35
54-58 anos	R\$ 791,67
> = 59 anos	R\$ 894,24

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO 2015-2016		
Total (R\$) do custo da Internação de:	Total (R\$) do custo da Internação até:	Coparticipação (R\$)
36,21	603,52	26,55
603,53	1.207,04	49,79
1.207,05	2.414,07	99,58
2.414,08	3.621,11	199,16
3.621,12	4.828,15	265,55
4.828,16	6.035,18	398,32
6.035,19	9.052,77	497,90
9.052,78	12.070,37	663,87
12.070,38	18.105,55	796,64
18.105,56	24.140,73	1.062,19
24.140,74	36.211,10	1.593,29
36.211,11	48.281,46	2.124,38
48.281,47	60.351,83	2.655,48
60.351,84	72.422,19	3.186,58
72.422,20	84.492,56	3.345,91
84.492,57	96.562,92	3.513,20
96.562,93	108.633,29	3.688,86
108.633,30	120.703,65	3.873,31
120.703,66	-	7.242,22

ATO NORMATIVO Nº 3
Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 38, Capítulo XIII, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 19.10.2016, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no **Ato Normativo nº 2** e decidiu:

“Com maioria de votos, o Conselho Deliberativo aprovou o reajuste para o plano de custeio de 22,08% passando a vigorar no período de novembro/2016 a outubro/2017. “

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

E-VIDA FAMÍLIA	
Faixa Etária	Valor Atualizado
0-18 anos	R\$ 237,62
19-23 anos	R\$ 303,43
24-28 anos	R\$ 430,27
29-33 anos	R\$ 569,93
34-38 anos	R\$ 638,97
39-43 anos	R\$ 690,34
44-48 anos	R\$ 748,14
49-53 anos	R\$ 878,18
54-58 anos	R\$ 966,47
> = 59 anos	R\$ 1.091,69

TABELA DE FRANQUIA DE INTERNAÇÃO 2016-2017		
Total (R\$) do custo da Internação de:	Total (R\$) do custo da Internação até:	Coparticipação (R\$)
44,21	736,78	32,42
736,79	1.473,55	60,78
1.473,56	2.947,10	121,57
2.947,11	4.420,65	243,14
4.420,66	5.894,20	324,18
5.894,21	7.367,75	486,27
7.367,76	11.051,63	607,84
11.051,64	14.735,50	810,45
14.735,51	22.103,25	972,54
22.103,26	29.471,00	1.296,72
29.471,01	44.206,50	1.945,09
44.206,51	58.942,01	2.593,45
58.942,02	73.677,51	3.241,81
73.677,52	88.413,01	3.890,17
88.413,02	103.148,51	4.084,68
103.148,52	117.884,01	4.288,92
117.884,02	132.619,51	4.503,36
132.619,52	147.355,02	4.728,53
147.355,03	-	8.841,30

Dispõe sobre a abertura do Plano E-VIDA FAMÍLIA para ingresso dos familiares dos titulares do Plano +VIDA.

Art. 1º - Considerando o disposto na Resolução de Diretoria nº 032/2017, o Conselho Deliberativo, em reunião do dia 26.07.2017 resolveu aprovar a alteração do Regulamento do Plano **E-VIDA Família** para permitir o ingresso do grupo familiar dos beneficiários titulares inscritos no **Plano + VIDA** condicionado ao cumprimento da legislação aplicável, passando a vigorar a partir de novembro/2017.

ATO NORMATIVO Nº 5
Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 38, Capítulo XIII, 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 3** 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:

TABELA DE MENSALIDADESE-VIDA FAMÍLIA	
Faixa Etária	Total (R\$)
0-18 anos	286,09
19-23 anos	365,33
24-28 anos	518,05
29-33 anos	686,20
34-38 anos	769,32
39-43 anos	831,17
44-48 anos	900,76
49-53 anos	1.057,33
54-58 anos	1.163,63
> = 59 anos	1.314,39

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO 2017-2018		
Total (R\$) do custo da Internação de:	Total (R\$) do custo da Internação até:	Coparticipação (R\$)
53,23	887,08	39,03
887,09	1.774,15	73,18
1.774,16	3.548,31	146,37
3.548,32	5.322,46	292,74
5.322,47	7.096,62	390,31
7.096,63	8.870,77	585,47
8.870,78	13.306,16	731,84
13.306,17	17.741,54	975,78
17.741,55	26.612,32	1.170,94
26.612,33	35.483,09	1.561,26
35.483,10	53.224,63	2.341,88
53.224,64	70.966,18	3.122,51
70.966,19	88.707,72	3.903,14
88.707,73	106.449,26	4.683,77
106.449,27	124.190,81	4.917,96
124.190,82	141.932,35	5.163,85
141.932,36	159.673,90	5.422,05
159.673,91	177.415,44	5.693,15
177.415,45	-	10.644,93

ATO NORMATIVO Nº 6
Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 38, Capítulo XIII, 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 5 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 EVIDA da seguinte forma: E-VIDA FAMÍLIA: 10% (dez 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:

TABELA DE MENSALIDADES			
FAIXA ETARIA	VALOR PRATICADO EM 2017-2018	REAJUSTE	TOTAL
0 - 18 anos	R\$ 286,09	10,00%	R\$ 314,70
19 - 23 anos	R\$ 365,33		R\$ 401,86
24 - 28 anos	R\$ 518,05		R\$ 569,86
29 - 33 anos	R\$ 686,20		R\$ 754,82
34 - 38 anos	R\$ 769,32		R\$ 846,25
39 - 43 anos	R\$ 831,17		R\$ 914,29
44 - 48 anos	R\$ 900,76		R\$ 990,84
49 - 53 anos	R\$ 1.057,33		R\$ 1.163,06
54 - 58 anos	R\$ 1.163,63		R\$ 1.279,99
> = 59 anos	R\$ 1.314,39		R\$ 1.445,83

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO 2018-2019		
Total (R\$) do Custo da Internação de:	Total (R\$) do Custo da Internação até:	Coparticipação (R\$)
58,55	975,79	R\$ 42,93
975,80	1.951,57	R\$ 80,50
1.951,58	3.903,14	R\$ 161,01
3.903,15	5.854,71	R\$ 322,01
5.854,72	7.806,28	R\$ 429,34
7.806,29	9.757,85	R\$ 644,02
9.757,86	14.636,78	R\$ 805,02
14.636,79	19.515,70	R\$ 1.073,36
19.515,71	29.273,55	R\$ 1.288,03
29.273,56	39.031,40	R\$ 1.717,39
39.031,41	58.547,09	R\$ 2.576,07
58.547,10	78.062,80	R\$ 3.434,76
78.062,81	97.578,49	R\$ 4.293,45
97.578,50	117.094,19	R\$ 5.152,15
117.094,20	136.609,89	R\$ 5.409,76
136.609,90	156.125,59	R\$ 5.680,24
156.125,60	175.641,29	R\$ 5.964,26
175.641,30	195.156,99	R\$ 6.262,47
195.157,00	-	R\$ 11.709,42

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

ATO NORMATIVO Nº 7**Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA**

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 38, Capítulo XIII, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 27.09.2019, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no Ato Normativo nº 6 e decidiu:

“O Conselho Deliberativo, no exercício de suas atribuições resolve: Aprovar, em 2019, o reajuste dos planos E-VIDA MELHOR IDADE e E-VIDA FAMÍLIA, no percentual de 3,28%, com vigência a partir de 1º de novembro de 2019. “

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

FAIXA ETARIA	VALOR PRATICADO EM 2018-2019	REAJUSTE	MENSALIDADE E 2019- 2020
0 - 18 anos	R\$ 314,70	3,28%	R\$ 325,02
19 - 23 anos	R\$ 401,86	3,28%	R\$ 415,04
24 - 28 anos	R\$ 569,86	3,28%	R\$ 588,55
29 - 33 anos	R\$ 754,82	3,28%	R\$ 779,58
34 - 38 anos	R\$ 846,25	3,28%	R\$ 874,01
39 - 43 anos	R\$ 914,29	3,28%	R\$ 944,28
44 - 48 anos	R\$ 990,84	3,28%	R\$ 1.023,34
49 - 53 anos	R\$ 1.163,06	3,28%	R\$ 1.201,21
54 - 58 anos	R\$ 1.279,99	3,28%	R\$ 1.321,97
> = 59 anos	R\$ 1.445,83	3,28%	R\$ 1.493,25

Parágrafo Segundo – Está tabela possui vigência de 1º de novembro de 2019 a 31 de outubro de 2020.

ATO NORMATIVO Nº 8
Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 38, Capítulo XIII, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 30.04.2021, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no **Ato Normativo nº 7** e decidiu:

“Aprovar o percentual de 4,86% (quatro vírgula oitenta e seis por cento) a ser aplicado à tabela de mensalidades dos planos E-VIDA MELHOR IDADE e E-VIDA FAMÍLIA, com efeito retroativo à data de 1º novembro de 2020, em conformidade com as previsões contidas nos regulamentos dos referidos planos.”

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

FAIXA ETARIA	VALOR PRATICADO EM 2019-2020	REAJUSTE	MENSALIDADE 2021-2022
0 - 18 anos	R\$ 325,02	4,86%	R\$ 340,82
19 - 23 anos	R\$ 415,04		R\$ 435,21
24 - 28 anos	R\$ 588,55		R\$ 617,15
29 - 33 anos	R\$ 779,58		R\$ 817,47
34 - 38 anos	R\$ 874,01		R\$ 916,49
39 - 43 anos	R\$ 944,28		R\$ 990,17
44 - 48 anos	R\$ 1.023,34		R\$ 1.073,07
49 - 53 anos	R\$ 1.201,21		R\$ 1.259,59
54 - 58 anos	R\$ 1.321,97		R\$ 1.386,22
> = 59 anos	R\$ 1.493,25		R\$ 1.565,82

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO 2019-2020		
Total (R\$) do custo da Internação de:	Total (R\$) do custo da Internação até:	Coparticipação (R\$)
R\$ 60,47	R\$ 1.007,80	R\$ 44,34
R\$ 1.007,81	R\$ 2.015,58	R\$ 83,14
R\$ 2.015,59	R\$ 4.031,16	R\$ 166,29
R\$ 4.031,17	R\$ 6.046,74	R\$ 332,57
R\$ 6.046,75	R\$ 8.062,33	R\$ 443,42
R\$ 8.062,34	R\$ 10.077,91	R\$ 665,14
R\$ 10.077,92	R\$ 15.116,87	R\$ 831,42
R\$ 15.116,88	R\$ 20.155,82	R\$ 1.108,57
R\$ 20.155,83	R\$ 30.233,72	R\$ 1.330,28
R\$ 30.233,73	R\$ 40.311,63	R\$ 1.773,72
R\$ 40.311,64	R\$ 60.467,43	R\$ 2.660,57
R\$ 60.467,44	R\$ 80.623,26	R\$ 3.547,42
R\$ 80.623,27	R\$ 100.779,06	R\$ 4.434,28
R\$ 100.779,07	R\$ 120.934,88	R\$ 5.321,14
R\$ 120.934,89	R\$ 141.090,69	R\$ 5.587,20
R\$ 141.090,70	R\$ 161.246,51	R\$ 5.866,55
R\$ 161.246,52	R\$ 181.402,32	R\$ 6.159,89
R\$ 181.402,33	R\$ 201.558,14	R\$ 6.467,88
R\$ 201.558,15	-	R\$ 12.093,49

Parágrafo segundo – Está tabela possui vigência retroativa de 1º de novembro de 2020 a 31 de outubro de 2021.

ATO NORMATIVO Nº 9
Dispõe sobre o reajuste do Plano de Custeio do E-VIDA FAMÍLIA

Art. 1º - Considerando o disposto no Artigo 38, Capítulo XIII, do presente Regulamento, o Conselho Deliberativo em reunião do dia 24.09.2021, amparado em estudos atuariais alterou o plano de custeio determinado no **Ato Normativo nº 8** e decidiu:

“Aprovar o percentual de 6,11% (seis vírgula onze por cento) a ser aplicado nas tabelas de mensalidades dos planos de saúde EVIDA Melhor Idade e EVIDA Família, a partir de 1º de novembro de 2021, em conformidade com as previsões contidas em regulamentos.”

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

FAIXA ETÁRIA	VALOR PRATICADO EM 2020-2021	REAJUSTE	MENSALIDADE 2021-2022
0 - 18 anos	R\$ 340,82	6,11%	R\$ 361,63
19 - 23 anos	R\$ 435,21		R\$ 461,78
24 - 28 anos	R\$ 617,15		R\$ 654,83
29 - 33 anos	R\$ 817,47		R\$ 867,38
34 - 38 anos	R\$ 916,49		R\$ 972,44
39 - 43 anos	R\$ 990,17		R\$ 1.050,62
44 - 48 anos	R\$ 1.073,07		R\$ 1.138,58
49 - 53 anos	R\$ 1.259,59		R\$ 1.336,49
54 - 58 anos	R\$ 1.386,22		R\$ 1.470,85
> = 59 anos	R\$ 1.565,81		R\$ 1.661,42

Parágrafo segundo – Está tabela possui vigência retroativa de 1º de novembro de 2021 a 1º de novembro de 2022.