

Regulamento Básico Plano de Assistência à Saúde dos Empregados da CELG CELGSAUDE

CAPITULO I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - A Caixa de Assistência a Saúde dos Empregados da CELG-CELGMED, fundada em 1986, é associação e pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, inscrita junto ao CNPJ sob o nº 37880952/0001-57, estabelecida à Rua 89, quadra F-28, nº 332, Setor Sul, Goiânia-GO, que opera Plano Privado de Assistência à Saúde nos termos do inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, classificada como Autogestão conforme art. 4º c/c art. 12, II da RN nº 137/2006, registrada junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 361461, como **Plano Coletivo Empresarial** instituído, mantido e patrocinado pelas seguintes pessoas jurídicas:

I – São mantenedoras do Plano CELGSAUDE:

- a) Companhia Celg de Participações - CELGPAR :
CNPJ nº:08.560.444/0001-93;
Endereço: Rua 2, nº 505, Ed. Gileno Godói, Jardim Goiás, Goiânia-GO.
- b) Celg Geração e Transmissão S.A – Celg G&T:
CNPJ nº: 07.779.299/0001-73;
Endereço: 6ª Avenida com a Rua 2, s/nº, Jardim Goiás, Goiânia-GO.
- c) Celg Distribuição S.A. - Celg D:
CNPJ Nº: 01.543.032.0001-04;
Rua 02, quadra A-37, nº 505, Ed. Gileno Godói, Jardim Goiás, Goiânia-GO.

II – São patrocinadoras do Plano CELGSAUDE:

- a) Associação dos Aposentados e Funcionários Antigos da CELG – AFACELG;
CNPJ nº: 37.382.256/0001-10;
Endereço: Rua R-2, qd 1, lt 11, s/n, Setor Oeste, Goiânia-GO.
- b) Fundação CELG de Seguros e Previdência-ELETRA:
CNPJ nº: 02.884.385/0001-22;
Endereço: Rua 87, esquina com 87-A, Setor Sul, Goiânia-GO.
- c) Caixa de Assistência a Saúde dos Empregados da CELG-CELGMED:
CNPJ nº: 37.880.952/0001-57;
Endereço: Rua 89, quadra F-28, lt 34, nº 332, Setor Sul, Goiânia-GO
- d) Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Urbanas do Estado de Goiás-STIUEG:
CNPJ nº: 01.642.594/0001-05
Endereço: Rua R-1, esquina com R-2, nº 210, Goiânia-GO.

Parágrafo Primeiro – A CELGMED reserva-se o direito de firmar convênio de patrocínio com empresas públicas e/ou privadas que mantenham ou venham a manter vínculo contratual com as mantenedoras e patrocinadoras e, com aquelas que assumam as responsabilidades atribuídas as mesmas.

Parágrafo Segundo – O Plano Básico de Assistência a Saúde dos Empregados da CELG, denominado CELGSAUDE, se destina as pessoas expressamente identificadas nos artigos 8º e 13º, desde que devidamente identificadas e individualizadas no Termo de Adesão, sendo TITULAR o Associado com vínculo empregatício com uma das mantenedoras ou uma das patrocinadoras, e DEPENDENTES os seus respectivos grupos familiares, observada a forma

condições e limites estabelecidos no presente Instrumento Jurídico e normativos que regulam a autogestão.

Parágrafo Terceiro – Entende-se por ‘Termo de Adesão’, o contrato de admissão do proponente como Associado do Plano CELGSAUDE, após análise e validação da documentação comprobatória correspondente, que juntamente com as ‘Declarações Complementares’, passam a ser parte integrante deste Instrumento Jurídico.

Parágrafo Quarto – A CELGMED poderá efetuar alterações no presente instrumento sempre que entender necessária a adequação das coberturas, e/ou por força de lei, desde que aprovadas na forma do Estatuto Social.

TITULO I DOS OBJETIVOS

Art. 2º – Este Regulamento possui características de contrato de adesão bilateral, que tem por objeto estabelecer direitos e obrigações visando proporcionar aos Associados regularmente inscritos, de forma continuada e por prazo indeterminado, todas as ações necessárias à prevenção de doenças e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, dentro dos limites e condições ora estabelecidos.

Art. 3º - As ações mencionadas no artigo anterior abrangem as segmentações de assistência à saúde ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, e procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observado o disposto no parágrafo 2º do art. 1º, e demais condições previstas neste Regulamento.

TITULO II DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ÁREA DE ATUAÇÃO

Art. 4º - O plano CELGSAUDE regido por este regulamento possui cobertura geográfica estadual, assegurando a assistência prevista no art. 3º, dentro do Estado de Goiás.

Art. 5º - A área de atuação do plano CELGSAUDE, compreende todos os municípios do Estado Goiás, pela modalidade de atendimento ‘livre escolha’, e os seguintes municípios, pela modalidade de atendimento ‘rede credenciada’:

ACREÚNA	GOIATUBA	PALMEIRAS DE GOIAS
AGUAS LINDAS DE GOIAS	INDIARA	PARAUNA
ALEXANIA	INHUMAS	PETROLINA DE GOIAS
ALVORADA DO NORTE	IPAMERI	PIRACANJUBA
ANÁPOLIS	IPORÁ	PIRES DO RIO
ANICUNS	ITABERAI	PLANALTINA
APARECIDA DE GOIANIA	ITAGUARU	PLANALTINA DE GOIAS
BELA VISTA DE GOIAS	ITAPACÍ	PONTALINA
BOM JARDIM DE GOIAS	ITAPURANGA	PORANGATU
BURITI ALEGRE	ITAUCU	POSSE
CACHOEIRA DOURADA	ITUMBIARA	QUIRINÓPOLIS
CACU	JARAGUA	RIO VERDE
CALDAS NOVAS	JATAI	RUBIATABA
CAMPINORTE	JAUPACÍ	SANCLERLANDIA
CAMPOS BELOS	JOVIANIA	SANTA HELENA DE GOIAS

CATALAO
CERES
CORUMBÁ DE GOIÁS
CRISTALINA
CRIXÁS
EDEIA
FIRMINÓPOLIS
FORMOSA
GOIANDIRA
GOIANÉSIA
GOIANIA
GOIAS

JUSSARA
LUZIANIA
MARA ROSA
MINACU
MINEIROS
MONTES CLAROS
MORRINHOS
MOZARLANDIA
NAZÁRIO
NERÓPOLIS
NIQUELANDIA
ORIZONA

SAO DOMINGOS
SÃO LUIS DE MONTES BELOS
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
SAO SIMAO
SENADOR CANEDO
SILVANIA
TRES RANCHOS
TRINDADE
URUAÇU
VALPARAISO DE GOIAS
VIANÓPOLIS

Parágrafo Primeiro – É direito da CELGMED firmar convênios de reciprocidade com entidades congêneres e convênios de cooperação com Órgãos de Saúde do Estado de Goiás, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, e demais pessoas jurídicas de direito público e/ou privado na forma da legislação em vigor, obedecida as suas características de operadora classificada na modalidade autogestão.

Parágrafo Segundo - A cobertura assistencial prestada pelo plano CELGSAÚDE poderá, nos casos de urgência e/ou emergência, ocorrer fora do Estado de Goiás, mediante pagamento direto pelo Associado ao prestador de serviços de saúde, devendo o mesmo, observado os critérios e prazos estabelecidos no art.74, solicitar o reembolso dos valores pelo sistema de livre escolha.

Parágrafo Terceiro – Em caso de situações especiais, a cobertura assistencial poderá ocorrer em outros locais, mediante autorização prévia e expressa da CELGMED e, desde que observados os critérios e prazos estabelecidos nos parágrafos do art.73.

TITULO III DO PADRÃO DAS ACOMODAÇÕES

Art. 6º - Fica garantido ao Associado regularmente inscrito, salvo na hipótese do art.53, o direito de internação em apartamento individual com banheiro privativo.

Parágrafo Único - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados ou de livre escolha, fica garantido ao Associado o acesso a acomodações de nível superior, sem ônus adicional.

CAPITULO II DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º - O Plano Privado de Assistência a Saúde com co-participação, regido por este Regulamento, oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada por relação empregatícia, às pessoas jurídicas identificadas no art. 1º, observando-se que:

I – o vínculo com a pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda as pessoas descritas nos incisos II a VII, do art. 8º, e aquelas descritas nos incisos I e II do art. 13º, desde que atendidas as condições exigidas neste Regulamento.

I – o vínculo com a pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda as pessoas descritas nos incisos II a VII, do art. 8º, e aquelas descritas nos incisos I e II do art. 13º, desde que atendidas as condições exigidas neste Regulamento.

II - O ingresso do grupo familiar previsto no art.13º, é de exclusiva responsabilidade do Associado Titular e dependerá de sua participação no 'Termo de Adesão' ao Plano CELGSAUDE regido por este Regulamento;

III - ressalvado o caso de óbito, o cancelamento da inscrição do Associado Titular importa no cancelamento da inscrição dos respectivos Dependentes.

Parágrafo Primeiro - A inscrição do Associado Titular e de seus Dependentes no plano CELGSAUDE, se dará por manifestação formal do primeiro junto a CELGMED, mediante apresentação dos documentos especificados neste Regulamento e Ato Administrativo da Diretoria Executiva, e respectiva assinatura do 'Termo de Adesão'.

Parágrafo Segundo - A manifestação formal a que se refere o parágrafo anterior resulta na aceitação plena do presente Regulamento pelo Associado Titular e seus Dependentes, bem como autoriza expressamente que as contribuições e co-participações sejam descontadas na forma do art. 84.

Parágrafo Terceiro - Para efeito de isenção dos períodos de carência, deverá o Associado Titular observar o prazo estabelecido nos art. 22 e 23.

Parágrafo Quarto - A administração da CELGMED tem o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do protocolo de solicitação, para apreciar e se manifestar sobre os pedidos de adesão ao plano CELGSAUDE.

TITULO I DO ASSOCIADO TITULAR

Art. 8º - Integram a categoria de Associados Titulares, desde que inscritos no plano CELGSAUDE na forma regulamentar:

I - empregados ativos com vínculo empregatício com uma das mantenedoras ou uma das patrocinadoras, na qualidade de **Associado Ativo;**

II - aposentados que contribuíam para o Plano CELGSAUDE em decorrência do vínculo empregatício, e atingiram esta condição quando Associados da CELGMED, observado o disposto no art. 31, da Lei 9.656/1998, na qualidade de **Associado Optante;**

III - sócios e administradores das mantenedoras e/ou patrocinadoras, na qualidade de **Associado Ativo;**

IV - empregados licenciados e/ou afastados de suas funções sem remuneração, e os empregados em disponibilidade sem ônus para a mantenedora ou patrocinadoras, na qualidade de **Associado Inativo Auto Patrocinado;**

V - empregados demitidos ou exonerados sem justa causa que contribuíam para o Plano CELGSAUDE, ressalvado o disposto no art. 30 da Lei 9.656/1998, na qualidade de **Associado Auto Patrocinado;**

VI - os pensionistas, desde que observado o estabelecido no art. 12, na qualidade de **Associado Pensionista Optante.**

Art. 9º - Para todos os efeitos, atribui-se ao Associado Titular os direitos e obrigações decorrentes deste Regulamento, inclusive no tocante aos Dependentes.

Art. 10 - Os empregados demitidos sem justa causa e seus dependentes já inscritos, poderão permanecer no plano CELGSAUDE com as mesmas vantagens decorrentes de negociação coletiva do Associado Ativo, desde que solicitem sua permanência no prazo máximo de 30 dias corridos contados da data da assinatura do aviso prévio, cumprido ou indenizado, e que o Associado Titular se responsabilize pelo pagamento integral da contribuição mensal e co-participação própria e de seus dependentes, nos termos do art. 35, 83 e 84.

www.SAMPAIO-Protocolo-1.302.081-19/02/2013



Parágrafo Primeiro - Faculta-se ao Associado Titular, após a extinção do vínculo empregatício com a pessoa jurídica patrocinadora, o direito de inclusão de novo cônjuge e filhos, como Dependentes Especiais, no período de manutenção da condição de beneficiário.

Parágrafo Segundo - Os Dependentes Principais do Associado Titular demitido, quando efetivada a permanência no plano, serão migrados automaticamente para Dependentes Especiais.

Parágrafo Terceiro - O valor da contraprestação mensal a ser paga pelo Associado Titular demitido e seus dependentes deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, observado o disposto no art. 83, parágrafo primeiro, deste Regulamento.

Art. 10.A - Aplica-se, aos empregados licenciados ou afastados de suas funções sem remuneração, e aos empregados em disponibilidade sem ônus para as patrocinadoras, as regras previstas no art. 10, e seus parágrafos segundo e terceiro, deste Regulamento.

Art. 11 - Fica assegurado ao Associado Titular que se aposentar e aos seus dependentes já inscritos, o direito de permanecer no Plano CELGSAUDE, com as mesmas vantagens decorrentes de negociação coletiva do Associado Ativo, desde que solicitem sua permanência no prazo máximo de 30 dias corridos contados da data da comunicação da aposentadoria, e que o Associado Titular se responsabilize pelo pagamento integral da contribuição mensal e co-participação própria e de seus dependentes, nos termos do art. 35, 83 e 84, deste Regulamento.

Parágrafo Primeiro - O valor da contraprestação mensal do Associado Titular que se aposentar, levará em conta o valor percebido a título de aposentadoria junto ao INSS, somado a qualquer outro benefício recebido a este título junto a ELETRA ou instituição equivalente.

Parágrafo Segundo - Faculta-se ao Associado Titular que se aposentar, após a extinção do vínculo empregatício com a pessoa jurídica patrocinadora em razão da aposentadoria, o direito de inclusão de novo cônjuge e filhos, no período de manutenção da condição de beneficiário.

Art. 12 - Para efeito do disposto no inciso VII, do art. 8º, em caso de falecimento do Associado Titular, os Dependentes poderão permanecer no plano CELGSAUDE desde que atendam os termos e condições estabelecidas na Seção I, do Título II, do Capítulo II, deste Regulamento (óbito do Associado Titular).

TÍTULO II DO ASSOCIADO DEPENDENTE

Art. 13 - As pessoas abaixo identificadas podem ser inscritas no plano CELGSAUDE como Associados Dependentes, exclusivamente pelo Associado Titular, obedecido o disposto no parágrafo oitavo, mediante apresentação da documentação hábil a comprovação de uma das condições abaixo indicadas:

I - Dependentes Principais:

- a) cônjuge;
- b) companheiro(a) inclusive do mesmo sexo;
- c) filho menor de 18 (dezoito) anos;
- d) filho maior de 18 (dezoito) anos comprovadamente portador de deficiência, que vive sob a dependência econômica e curatela do Associado Titular;
- e) menor sob guarda do Associado Titular, quando concedido tutela antecipada em processo de adoção;

- f) pai e/ou mãe, desde que o Associado Titular seja solteiro ou separado judicialmente, divorciado ou viúvo e, desde que não tenha qualquer dependente relacionado neste inciso, inscrito no Plano CELGSAUDE.

II - Dependentes Especiais:

- a) filhos maiores de 18 anos, netos e bisnetos do Associado Titular;
- b) pai, mãe, avós e bisavós do Associado Titular;
- c) irmãos, tios e sobrinhos do Associado Titular;
- d) genro, nora, sogro, sogra, padrasto, madrasta e enteados, cunhado e cunhada do Associado Titular;
- e) menores de 18 (dezoito) anos que comprovadamente, por determinação judicial, se encontrem sob a guarda ou tutela do Associado Titular e não se enquadrem nas alíneas 'c' e 'e' do inciso I deste artigo;
- f) ex-conjuge e/ou ex-companheiro(a), especificamente na forma do parágrafo primeiro do art. 15.

Parágrafo Primeiro – A comprovação da condição de companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, dar-se-á via sentença judicial declaratória de união estável transitada em julgado, ou excepcionalmente, via Declaração de União Estável registrada em cartório e demais documentos hábeis a análise do quadro fático, nos termos do art. 1.723 e seguintes do Código Civil, observando-se para todos os efeitos que:

I - companheiro(a): é aquele que vive em união estável com o Associado Titular;

II - união estável: é a convivência com aparência de matrimônio, leal, estável, duradoura, pública e contínua entre um homem e uma mulher ou homo afetiva, não impedidos de casar, com o objetivo de constituir família.

Parágrafo Segundo - Para efeito do disposto na alínea “d”, do inciso I, deste artigo, portador de deficiência é aquela pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho, sendo que:

I – para a comprovação da deficiência, deve o Associado apresentar laudo médico-pericial expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou, laudo médico-pericial expedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS;

II - para comprovação da dependência econômica deve o Associado apresentar no mínimo 3 (três), dos seguintes documentos:

- a) declaração do imposto de renda do Associado Titular, onde conste o filho portador de deficiência como seu Dependente;
- b) apólice de seguro do Associado Titular onde conste o filho portador de deficiência como seu beneficiário;
- c) escritura de imóvel de propriedade do Associado Titular onde conste o nome do filho portador de deficiência;
- d) prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- e) prova de mesmo domicílio;

Parágrafo Terceiro – Os Dependentes de que tratam a alínea ‘d’ do inciso I deste artigo, perderão a qualidade de Dependente Principal quando cessar a condição de dependência econômica ou de curatelado, nos termos da lei.

Parágrafo Quarto – As pessoas de que trata a alínea ‘e’ do inciso I deste artigo, perderão a qualidade de Dependente e serão excluídos, em caso de não efetivação da adoção.

Parágrafo Quinto – As pessoas de que trata a alínea ‘f’ do inciso I deste artigo, perderão a qualidade de Dependente Principal e serão excluídos, em caso de adesão de qualquer outro Dependente Principal, salvo se optarem por permanecer no plano como Dependente Especial.

Parágrafo Sexto - A inclusão de enteados do Associado Titular se dará mediante apresentação de certidão de casamento do Titular com o(a) genitor(a) do mesmo, em se tratando de união estável, nos moldes do parágrafo 1º, deste artigo.

Parágrafo Sétimo - A inclusão do padrasto e/ou madrasta, se dará mediante apresentação de certidão de casamento do mesmo com o(a) genitor(a) do Associado Titular, ou, em se tratando de união estável, nos moldes do parágrafo 1º deste artigo.

Parágrafo Oitavo - O Associado Titular Auto Patrocinado somente pode incluir/manter dependente na condição de Dependente Especial

Art. 14 - É responsabilidade do Associado Titular, sob as penas da lei, proceder a atualização dos dados cadastrais para fins de comunicar à CELGMED os fatos geradores da perda ou alteração da qualidade de Dependente a ele vinculado.

Parágrafo Único – Para efeito deste artigo, fica ressalvado à CELGMED o direito de averiguar, solicitar dados, documentos e informações adicionais, inclusive junto as pessoas jurídicas contratantes, a fim de firmar a exatidão das informações e dados fornecidos.

Art. 15 - Serão excluídos do quadro de Dependentes o cônjuge ou companheiro, quando houver a dissolução da união conjugal ou estável, mediante requerimento formal do Associado Titular que deve informar o fato a CELGMED, sem prejuízo do cumprimento das demais condições pertinentes.

Parágrafo Primeiro - A adesão ou permanência do ex-cônjuge ou ex-companheiro será admitida apenas como Dependente Especial, e somente se por determinação judicial, na dissolução da união estável ou sociedade conjugal, o Associado Titular for incumbido da prestação de assistência a saúde do outrem e, desde que o Associado Titular se obrigue a efetuar o pagamento integral da contribuição mensal, co-participação e demais encargos decorrentes na forma do art. 84.

Parágrafo Segundo – O direito do ex-cônjuge e do ex-companheiro(a) previsto no parágrafo primeiro deste artigo se extingue, se o mesmo contrair novas núpcias ou manter nova união estável.

Art. 16 – A exclusão voluntária dos Dependentes regularmente inscritos, ressalvado o cumprimento das condições pertinentes, é de exclusiva responsabilidade do Associado Titular, que deve formalizar a solicitação mediante apresentação da documentação relativa e preenchimento de formulário próprio.

Art. 17 – O Associado Titular pode a qualquer tempo incluir novos Dependentes, desde que observados os critérios de adesão estabelecidos neste Regulamento, inclusive quanto ao cumprimento, quando for o caso, dos períodos de carências.

Art. 18 - O Dependente regularmente inscrito que completar 18 anos ou emancipar-se nos termos da lei será migrado, automaticamente, da classe de Dependente Principal, para a Classe de Dependente Especial.

Parágrafo Primeiro – Para efeito do disposto neste artigo, caso o Associado Titular opte por não manter o Dependente no plano, deverá solicitar a exclusão por escrito, até a data do aniversário do mesmo.

Parágrafo Segundo – Os Dependentes portadores de deficiência de que trata a alínea “d” do inciso I, do art. 13º, caso ainda não tenham fornecido documento hábil à prova da deficiência e da dependência econômica, para não serem migrados automaticamente, devem apresentar a documentação descrita no parágrafo segundo do mesmo artigo, até a data do aniversário.

Art. 19 – Os valores relativos a co-participação, quando for o caso, e contribuição mensal dos Associados Titulares e Dependentes, serão estabelecidos conforme critérios constantes dos art. 35 e seguintes e arts. 81 a 85, deste Regulamento.

SEÇÃO I

PERMANÊNCIA EM CASO DE ÓBITO DO ASSOCIADO TITULAR

Art. 20 - Caso o Associado Titular venha a óbito, os Dependentes regularmente inscritos poderão permanecer no Plano CELGSAUDE na qualidade de Associado Pensionista Optante, desde que o responsável legal substituto do Titular falecido constante do inciso III, deste artigo, assuma as responsabilidades decorrentes do presente instrumento, inclusive, o pagamento integral das respectivas contribuições pecuniárias na forma do art. 84 e, desde que preenchidas as seguintes condições:

I - apresentação da respectiva certidão de óbito;

II - manifestação formal dos Dependentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da data do falecimento, do interesse em permanecer no Plano CELGSAUDE;

III – aceitação integral pelo cônjuge ou companheiro do Associado falecido, dos direitos e obrigações inclusive pecuniárias inerentes ao Associado Titular, mediante assinatura do correspondente ‘Termo de Permanência’, observando-se que:

- a) caso o Associado Titular falecido não tenha deixado cônjuge ou companheiro, pode assumir a responsabilidade o filho apto para os atos da vida civil ou, na sua falta, o tutor ou curador dos filhos menores ou incapazes.

Parágrafo Primeiro – Nenhuma inclusão poderá ser feita após o óbito do Associado Titular, a exceção do filho oriundo da gravidez iniciada antes do estado de viuvez, podendo permanecer no plano apenas os Dependentes já inscritos, desde que atendidas as condições estabelecidas nesta seção.

Parágrafo Segundo – Rescindido o Contrato de Adesão ao plano ou solicitada exclusão por qualquer motivo de um ou mais Dependentes, por força de lei, não será permitida nova adesão ou reinclusão dos beneficiários do Associado Titular falecido.

Parágrafo Terceiro – Falecido o Associado Titular, os débitos por ventura existentes decorrentes do objeto do presente instrumento, serão de responsabilidade dos seus Dependentes diretos, permanecendo ou não os mesmos no plano CELGSAUDE.

Art. 21 - Os Dependentes que se enquadrarem na hipótese de pensionistas do INSS, deverão apresentar guia de protocolo de solicitação do benefício junto ao órgão competente, sendo que até a data da liberação da pensão, a contribuição mensal permanecerá a mesma, observando-se que:

I - liberada a pensão, os Dependentes devem apresentar o documento hábil à comprovação do valor fixado, no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos contados da data de emissão, afim de

*****H.SAMPAIO-Protocolo- 1.302.081 -19/02/2013



que a CELGMED efetue a adequação dos valores da contribuição mensal em acordo com o disposto no inciso V, do art. 83;

II – não havendo pensão e/ou qualquer outro rendimento previdenciário, o cálculo da contribuição mensal será estabelecido em acordo com o art. 83.

TÍTULO III DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 22 – A atenção a saúde prevista neste Regulamento será prestada as pessoas descritas no art. 8º e 13º, sem cumprimento dos períodos de carência, desde que o Associado Titular efetue a adesão e inclua seus Dependentes no plano, em até 30 (trinta) dias corridos, contados da data da celebração do contrato de trabalho junto à mantenedora ou patrocinadora.

Parágrafo Primeiro – Observadas as condições estabelecidas no Título II deste Instrumento, os novos Dependentes podem ser incluídos no plano CELGSAUDE sem cumprimento dos períodos de carência, desde que a adesão ocorra em até 30 (trinta) dias corridos, contados da data do fato gerador da dependência.

Parágrafo Segundo – Fica garantido o direito de adesão do filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade como Dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo Associado adotante, desde que a adesão ocorra no prazo estabelecido no parágrafo 1º, deste artigo.

Art. 23 – Para efeito de cobertura obstétrica, cumprido o prazo de carência estabelecido no inciso III, do art. 24, fica assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Associado Titular ou de seu Dependente, sem cumprimento dos períodos de carência, desde que a adesão ocorra no prazo máximo de 30 dias corridos contados da data do nascimento ou adoção.

Parágrafo Único - Estando o Associado em cumprimento da carência prevista no inciso III, do art. 24, a adesão do recém nascido aproveitará os períodos já cumpridos pelo mesmo.

Art. 24 - A atenção a saúde para os inscritos após o prazo estabelecido nos art. 22 e 23 será prestada aos Associados regularmente inscritos, após o cumprimento dos seguintes períodos de carências:

I - 06 (seis) meses contados da data de adesão;

II - 06 (seis) meses contados da data de adesão, em caso de reingresso do Associado Titular ou Dependente excluído por qualquer motivo, observado o disposto no parágrafo 2º e 3º do art. 89;

III - 10 (dez) meses contados da data de adesão, para os casos obstétricos;

IV – 24 (vinte e quatro) horas para cobertura de casos de urgência/emergência, observado o disposto no art.62 a 66;

V – 24 (vinte e quatro) meses para cobertura de doenças e lesões pré-existentes observado o disposto no art.67 a 71.

Art. 25 – Observados os critérios específicos de cada situação, os serviços de assistência a saúde garantidos pela CELGMED serão validos e produzirão efeitos a partir da assinatura do Contrato de Adesão, da inclusão do novo Dependente, do cumprimento das respectivas carências quando for o caso, e das demais condições pertinentes estabelecidas neste Regulamento.

Art. 26 - Fica ressalvado à CELGMED, via Ato Administrativo da Diretoria Executiva, validado pelo Conselho Deliberativo, o direito de instituir “campanhas” de Adesão, isentando e/ou estabelecendo períodos de carência diferenciados daqueles estabelecidos no art. 24.

CAPITULO III

DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 27 - O Plano de Assistência a Saúde normatizado por este Regulamento, respeitados os prazos de carência estabelecidos no art. 24, quando for o caso, compromete-se a prestar assistência a saúde aos Associados regularmente inscritos, dentro dos limites e condições ora estabelecidos, em acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, e procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Parágrafo Primeiro – Para fins deste Instrumento, entende-se como saúde ocupacional o tratamento de doenças profissionais como lesões por esforço repetitivo (LER), e Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), bem como o tratamento de lesões relacionadas a acidente de trabalho.

Parágrafo segundo - A cobertura assistencial prevista no parágrafo anterior fica expressamente condicionada à efetivação de convênio específico a ser firmado entre a CELGMED e mantenedoras e/ou patrocinadoras.

Art. 28 - Os procedimentos e eventos listados neste Regulamento, serão executados por profissionais ligados ou não a estabelecimentos de saúde, desde que habilitados nos termos da lei para a sua execução, inclusive com observância aos normativos específicos de seus respectivos Conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, livre escolha e reembolso aqui estabelecidos, ou qualquer outra condição pactuada junto aos prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo Único - Fica garantida a participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde obrigatórios da ANS, desde que haja indicação do médico assistente.

Art. 29 – As coberturas previstas neste Regulamento, observadas as peculiaridades de cada programa, estão submetidas aos seguintes **Mecanismos de Regulação**:

I – co-participação: participação financeira paga pelo Associado Titular após a realização de procedimentos ambulatoriais, inclusive em relação aos Dependentes, nos termos do art. 35 deste Regulamento;

II – limites de procedimentos: quantidade máxima de sessões e/ou períodos, conforme previsto neste Regulamento;

III - Perícia Prévia: exame médico pericial que antecede a realização do procedimento, efetuado pela auditoria médica da CELGMED, em local de sua indicação, com a subsequente emissão do laudo pericial circunstanciado;

IV – Autorização Prévia: autorização que antecede todos os procedimentos, concedida pela CELGMED ao Associado regularmente inscrito, mediante apresentação da correspondente guia de solicitação emitida pelo médico assistente, na seguinte forma:

- a) via site: www.celgmed.com.br;
- b) via fax: (62)3238-8613 e/ou 3238-8647;
- c) pessoalmente junto a uma das unidades da CELGMED;

Parágrafo Primeiro – A liberação, quando desnecessária a auditoria médica, se dará imediatamente após a apresentação da guia, ou no menor tempo possível.

Parágrafo Segundo – Sendo necessária a auditoria médica, a liberação se dará no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da data do comparecimento do Associado para realização da perícia, ou da data de apresentação dos documentos ligados ao procedimento, quando solicitado pela auditoria médica da CELGMED.

Parágrafo Terceiro – A liberação dos procedimentos de assistência à saúde dos Associados inadimplentes, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, se dará somente nos termos da alínea “c” do inciso IV do art. 29.

Art. 30 – Fica garantido à CELGMED o direito de parametrizar procedimentos e eventos em saúde, segundo diretrizes e critérios clínicos instituídos pela auditoria médica do plano CELGSAUDE, validados pela Diretoria Executiva.

Parágrafo Único - Para efeito deste artigo, nenhum procedimento será negado mesmo dentro do prazo estabelecido pela parametrização, desde que devidamente justificado pelo médico assistente e ratificado pela auditoria médica da CELGMED.

Art. 31 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica do plano CELGSAUDE, está assegurado independentemente do local de origem do evento seja em caráter eletivo ou de urgência/emergência, em acordo com o Rol de Procedimentos obrigatório da ANS e coberturas aqui instituídas, salvo exceções previstas inclusive neste Regulamento e, após o cumprimento dos períodos de carência estabelecidos no art. 24, quando for o caso, em acordo com os seguintes programas:

- I - Programa de Assistência Ambulatorial;
- II - Programa de Assistência Hospitalar;
 - a) Assistência Obstétrica;
- III - Programa de Assistência a Saúde Mental;
- IV - Programa de Assistência Social;
- V - Programa de Assistência a Saúde.

TITULO I DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Art. 32 - A assistência ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório para assistência eletiva e/ou de urgência e emergência, mediante co-participação prevista no art. 35 e seguintes, realizados por meio de profissionais e estabelecimentos credenciados ou pelo sistema de livre escolha, e compreenderá as seguintes coberturas:

- I - consultas médicas em número ilimitado, em consultórios, clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas de pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II - serviços de apoio a diagnóstico, exames complementares, tratamentos, cirurgias e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, desde que constantes do rol de coberturas instituído e autorizados pela CELGMED;
- III - medicamentos nacionais ou nacionalizados registrados/regularizados junto a ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos observados os limites e condições estabelecidas neste regulamento;
- IV - atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - a) atividades educacionais;
 - b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - c) implante de dispositivo intra-uterino hormonal (DIU) incluindo o dispositivo, mediante autorização prévia da CELGMED;
 - d) atendimento clínico para subsidiar a escolha e o método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

Parágrafo Único - A assistência ambulatorial não inclui internação hospitalar e procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

Art. 33 - Os procedimentos a seguir descritos integrantes da assistência ambulatorial, observadas as condições estabelecidas pela ANS, necessitam de indicação e solicitação do médico assistente e estão expressamente sujeitos a autorização prévia da CELGMED, bem como, ao pagamento de co-participação pelo Associado nos termos do art. 35 e seguintes:

I - cobertura de consultas e sessões de hidroterapia, acupuntura, fisioterapia de RPG, em acordo com o número de sessões e critérios estabelecidos em Ato Administrativo da Diretoria Executiva, validado pelo Conselho Deliberativo;

II - cobertura de consulta/sessões de escleroterapia, em acordo com o número de sessões e critérios estabelecidos em Ato Administrativo da Diretoria Executiva, validado pelo Conselho Deliberativo;

III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional,

psicólogo, de acordo com o número de sessões e condições estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde obrigatório da ANS, vigente à época do evento;

IV - procedimentos de fisioterapia observado o número de sessões e condições estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde obrigatório da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

V - psicoterapia de acordo com o número de sessões e condições estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde obrigatório da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

Parágrafo Primeiro - A quantidade de consulta/sessões estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde obrigatório da ANS, ou previstas em Ato Administrativo da Diretoria Executiva, poderá ser alterada nos casos graves, desde que atendidos os seguintes critérios:

I - indicação do médico assistente;

II - relatório do profissional correspondente;

III - autorização da auditoria médica da CELGMED;

IV - aumento do valor correspondente à co-participação conforme art. 36;

Parágrafo Segundo - Os pedidos de continuidade de tratamento com referência em psicoterapia, ficam dispensados de indicação médica, sendo, todavia, indispensável o relatório do profissional psicoterapeuta para análise e parecer da auditoria médica da CELGMED.

Parágrafo Terceiro - Para efeito deste artigo, não será autorizada a realização de procedimentos concomitantes para o mesmo Associado.

Art. 34 - Os serviços e procedimentos especiais a seguir descritos integrantes da assistência ambulatorial, observadas as condições estabelecidas pela ANS, necessitam de indicação do médico assistente e estão expressamente sujeitos a autorização prévia da CELGMED:

I - serviços de terapia ambulatorial: hemodiálise ou diálise peritoneal;

II - quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela 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;

III - radioterapia ambulatorial;

IV - hemoterapia ambulatorial;

V - serviços de diagnose em hemodinâmica: cateterismo;

VI - serviços de diagnose em cardiologia: ecocardiograma com mapeamento de fluxo a cores, doppler colorido de vasos;

VII - serviços de diagnose: ressonância nuclear magnética, cintilografia, polisonografia e tomografia computadorizada;

VIII - procedimentos de esterilização voluntária nos termos da legislação específica;

IX - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais observadas às condições estabelecidas em Ato Administrativo da Diretoria Executiva, validado pelo Conselho Deliberativo.

X - Pet-scan oncológico para Associados portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, quando no mínimo um dos seguintes critérios for preenchido:

a) para caracterização das lesões;

b) no estadiamento do comprometimento mediastinal e a distância;

c) na detecção de recorrências.

XI - Pet-scan oncológico para Associados portadores de linfoma, quando no mínimo um dos seguintes critérios for preenchido:

a) no estadiamento primário;

b) na avaliação da resposta terapêutica;

c) no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não Hodgkin;

XII - remoção terrestre na forma do art. 72.

SEÇÃO I DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 35 – Caberá ao Associado arcar com coparticipação incidente sobre internação decorrente de transtornos psiquiátricos previstos no art. 51, sobre os procedimentos ambulatoriais previstos no art. 32 e seguintes, inclusive sobre eventos de diagnose e terapias não vinculadas a internação hospitalar, calculada com base na tabela vigente adotada pela CELGMED, nos seguintes termos:

I – co-participação de 30% (trinta por cento) no custeio de cada consulta, exame e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial;

II - co-participação de 30% (trinta por cento) no custeio de cada consulta/sessão relativa aos procedimentos descritos nos incisos I, III, IV e V do art. 33;

III – co-participação de 50% (cinquenta por cento) no custeio de cada consulta/sessão relativa ao procedimento descrito no inciso II, do art. 33;

IV - co-participação de 30% (trinta por cento) no custeio de cada consulta/sessão relativa aos procedimentos descritos no inciso I, do art. 56;

V - coparticipação de 30% (trinta por cento) no custeio de qualquer modalidade de internação decorrente de transtornos psiquiátricos.

Art. 36 – Excedidos os limites de consulta/sessões previstos nos incisos I, III, IV e V, do art. 33, o Associado Titular pagará 50% (cinquenta por cento) no custeio de cada consulta/sessão a título de co-participação.

Art. 37 – Procedimentos ambulatoriais não relacionados no presente instrumento, mas constantes do Rol de Procedimentos e Eventos obrigatório da ANS, terão co-participação a ser definida por Ato Administrativo da Diretoria Executiva, nos moldes da legislação vigente.

Art. 38 – As despesas com a assistência a saúde dos Associados sobre as quais incide co-participação serão pagas ao fornecedor do serviço diretamente pela CELGMED, que efetuará a cobrança dos valores relativos a quota parte do Associado no mês seguinte ao da apresentação pelo prestador, da fatura correspondente aos procedimentos realizados, juntamente com a mensalidade na forma prevista no art. 84.

Art. 39 - Não haverá cobrança de co-participação nos procedimentos ambulatoriais realizados em regime de internação.

Art. 40 – Fica reservado à CELGMED o direito de reajustar os valores relativos a co-participação em acordo com estudos atuarias e custos operacionais das empresas e prestadores vinculados.

TITULO II

DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Art. 41 - A assistência hospitalar será prestada em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento e tabelas adotadas pela CELGMED, compreendendo os atendimentos eletivos e de urgência/emergência constantes no Rol de coberturas do plano CELGSAUDE, realizados em todas as modalidades de internação e por meio de procedimentos em hospitais e clínicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendendo as seguintes coberturas:

I - internação hospitalar sem limite de dias, valor máximo e quantidade, observada as peculiaridades de cada modalidade e/ou programa;

II - internações em centro de terapia intensiva ou similar, sem limite de dias, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente;

III - internações para procedimentos obstétricos;

IV - diárias de internação hospitalar conforme acomodação contratada;

V - despesas referentes a honorário médico, taxa hospitalar incluindo materiais utilizados, em acordo com a tabela pré-acordada junto ao prestador pela CELGMED;

VI - exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

VII - fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VIII - serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

IX - remoção terrestre na forma do art. 72;

X - cobertura de um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

XI - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de procedimentos e eventos obrigatório 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;

XII - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

XIII - nutrição parenteral ou enteral;

XIV - embolizações;

XV - radiologia intervencionista;

XVI - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

XVII - transplante de medula, rim e córnea;

XXIII - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de medula, rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

XIX – cobertura de órteses e próteses cirúrgicas e materiais especiais desde que nacionais ou nacionalizadas via registro junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XX- cirurgia plástica reparadora, quando efetuada para restauração parcial ou total da função de órgãos ou parte do corpo humano lesionado por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

XXI – cirurgia plástica reconstrutiva de mama, em caso de mutilação decorrente de tratamento de câncer;

XXII – Alimentação dietética ou especial, quando indicada, até a alta hospitalar;

XXIII - cobertura para procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) procedimentos radioterápicos e quimioterápicos;
- c) hemoterapia;
- d) nutrição parenteral ou enteral;
- e) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- f) embolizações;
- g) radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no parágrafo 3º deste artigo, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Parágrafo Primeiro - Todos os procedimentos cirúrgicos e clínicos em geral que exijam internação ou realizados em regime de internação hospitalar, inclusive relacionados a patologias odontológicas, estão expressamente sujeitos as condições e autorização prévia da CELGMED na forma do art. 29, 42 e 43.

Parágrafo Segundo – A eventual prorrogação de procedimento médico-hospitalar está condicionada a apresentação, pelo Associado à auditoria médica da CELGMED, de laudo fundamentado expedido pelo médico assistente.

Parágrafo Terceiro – As despesas vinculadas direta e/ou indiretamente com transplante de medula, rim e córnea, serão integralmente cobertas pelo plano CELGSAUDE, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde obrigatório da ANS.

Parágrafo Quarto - Para fins do disposto no inciso XI e XII deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos obrigatórios da ANS;

II - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente deve avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

III - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura do plano CELGSAUDE.

Art. 42 – O médico e/ou o cirurgião dentista assistente, deve justificar clinicamente a indicação de órteses, próteses e materiais especiais – OPME - necessários a execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos obrigatórios da ANS e oferecer dentre aqueles regularizados pela ANVISA, pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes.

Parágrafo Único - Para fins deste regulamento conceitua-se:

I - prótese: todo e qualquer material que tenha por finalidade médica substituir órgão ou função do corpo;

II - órtese: todo e qualquer material que melhore, auxilie ou mantenha determinada função ou órgão, sem substituí-lo.

Art. 43 - Autorizações para atendimento médico-hospitalar somente serão emitidas pela CELGMED mediante laudo médico em formulário apropriado com indicação da internação, acompanhado de exames complementares identificadores do diagnóstico e exames pré-operatórios considerados indispensáveis, indicação de equipamentos, materiais e/ou medicamentos especiais a serem utilizados nos procedimentos objetos da solicitação de autorização, quando for o caso.

Parágrafo Primeiro - Nas autorizações, a CELGMED poderá propor sem que resulte em prejuízo no atendimento ao Associado à utilização de materiais, equipamentos ou medicamentos alternativos registrados junto a ANVISA, desde que cumpram a mesma função daqueles solicitados.

Parágrafo Segundo - Em caso de opção, por parte do Associado, por material, equipamento ou medicamento de custo superior a tabela praticada pela CELGMED, o pagamento da diferença será de inteira responsabilidade do mesmo.

Parágrafo Terceiro - Não será autorizada a realização de cirurgia sem diagnóstico comprobatório e, sempre que possível, deverá ser firmado através de exames complementares, reservando-se à CELGMED o direito de realizar ou exigir perícia médica.

Parágrafo Quarto - A CELGMED autoriza, automaticamente, a realização de uma visita médico-hospitalar por dia, do médico assistente, sendo que a liberação de mais de uma visita diária fica condicionada a solicitação expressa devidamente justificada do médico assistente.

Art. 44 - Os exames complementares solicitados pelo médico assistente durante a internação serão integralmente cobertos pela CELGMED, desde que se atenham a patologia que motivou a internação e atendam ao disposto no art. 43.

Art. 45 - Os procedimentos cirúrgicos deverão ser programados com antecedência mínima de 05 (cinco) dias, desde que não resultem em riscos à saúde do Associado paciente (urgência e emergência), e os limites de segurança operacional deste Plano, nos termos da Legislação vigente.

Art. 46 - O Associado ou seu Dependente que for internado deverá, obrigatoriamente, assinar a 'Guia de Internação', confirmando sua exatidão, sendo que as diferenças verificadas entre os valores autorizados e os efetivamente cobrados pelo prestador de serviços ou entidade hospitalar serão glosadas.

Art. 47 - Salvo exceções devidamente justificadas e fundamentadas pelo médico assistente, não será permitido a participação de mais de uma equipe e/ou profissional especialista na execução do mesmo procedimento, exceto em casos de urgência e emergência.

Parágrafo Único - A necessidade de um ou mais especialistas, se houver, deverá ser previamente solicitada pelo médico assistente e depende de expressa liberação da CELGMED.

SEÇÃO I DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Art. 48 – A assistência hospitalar obstétrica, desde que cumprido o período de carência obstétrica estabelecido no inciso III, do art. 24, compreende as coberturas previstas neste Regulamento acrescidas dos procedimentos relativos ao pré-natal, parto e puerpério, incluindo:

I - cobertura, conforme indicação do médico assistente, das despesas de hotelaria, alimentação e paramentação, para um acompanhante indicado pela parturiente, durante o trabalho de parto, pré-parto e pós-parto imediato;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Associado Titular ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independentemente de sua inclusão no plano.

Parágrafo Primeiro – Estando o Associado em cumprimento do período de carência obstétrica, a assistência à saúde será prestada tão somente em caráter de urgência/emergência nos termos do art. 62 e seguintes.

Parágrafo Segundo – Para fins do disposto no inciso I deste artigo, entende-se como pós-parto imediato, as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

Parágrafo Terceiro - Para efeito do inciso II deste artigo, decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a continuidade da assistência fica condicionada a adesão do recém-nascido ao plano CELGSAUDE.

Parágrafo Quarto - Para fins de cobertura, o procedimento relativo ao parto normal poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

Art. 49 - No atendimento de recém-nascidos, serão permitidas, sem prévia autorização, no máximo 3 (três) visitas hospitalares do pediatra assistente durante a internação.

Art. 50 - O atendimento obstétrico cobrirá as despesas com o parto e outros procedimentos correlatos legais, incluídos honorários médicos e hospitalização, observados os limites na Tabela de Honorários Médicos adotada pela CELGMED e demais condições estabelecidas neste Regulamento.

TÍTULO III DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

Art. 51 - A Assistência à Saúde Mental, observado as condições específicas estabelecidas neste Regulamento, consiste na cobertura para tratamento dos transtornos psíquicos codificados na Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, desde que previstos no Rol de Procedimentos e eventos Obrigatório da ANS, incluídos os procedimentos médicos, clínicos ou cirúrgicos necessários ao atendimento de pessoas portadoras de psicopatologias, na seguinte forma:

I - Em ambiente ambulatorial:

- a) cobertura para os atendimentos de emergência, conforme definição constante do parágrafo terceiro do art. 62;
- b) cobertura para paciente psiquiátricos em crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissional da área de saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, observados os limites relativos a quantidade de sessões prevista no art. 33, e co-participação estabelecida art. 35 e 36 deste Regulamento.

II – Em ambiente hospitalar:

- a) cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- b) cobertura de internação em hospital psiquiátrico, ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- c) cobertura de internação em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- d) cobertura para tratamento em regime de hospital-dia, quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:
 - 1) ser o paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
 - 2) ser o paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
 - 3) ser o paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31);
 - 4) ser o paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84)

Parágrafo Primeiro – Entende-se como dependência química o desejo compulsivo, uso ou ingestão de substâncias exógenas, tais como: álcool, anfetaminas, alucinógenos e outras análogas, que levem a síndromes de dependência orgânica e/ou psíquica com graves desequilíbrios na harmonia psicossocial do indivíduo e redução da capacidade laboral.

Parágrafo Segundo – Caberá ao Associado arcar com a coparticipação na forma do art. 35 deste regulamento, no custeio de qualquer modalidade de internação decorrente de transtornos psiquiátricos.

Art. 52 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Art. 53 - Para fins do disposto no art. 51, fica garantido ao Associado, regularmente inscrito, o direito de internação em apartamento duplo, a exceção de indicação de acomodação individual, devidamente justificada pelo médico assistente.

Parágrafo Único - A recuperação parcial ou total do Associado paciente no decorrer do tratamento/internação, poderá resultar na suspensão ou alteração da modalidade de enquadramento previsto neste Título.

Art. 54 – Em caso de faltas, interrupções injustificadas ou desistência do tratamento pelo paciente, as despesas correrão por conta exclusiva do Associado Titular, inclusive quando constatada negligência da família quanto às responsabilidades a ela cabíveis.

TÍTULO IV DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 55 – O Programa de Assistência Social oferecido pelo plano CELGSAÚDE será executado por equipe profissional da CELGMED, que tem por objetivo a prevenção, o aprimoramento da assistência prestada e o fortalecimento dos vínculos entre a Operadora e o Associado.

Parágrafo Único – As ações mencionadas neste artigo se darão mediante execução de planos, programas e projetos sociais, incluindo:

- I** - visita hospitalar ou domiciliar aos Associados, para fins de acompanhar, orientar e identificar possíveis problemas quanto a qualidade da assistência prestada;
- II** – atender, orientar e dar suporte ao Associado via **telefone de emergência (62-9971-8686)** ou pessoalmente, sobre encaminhamentos relativos a tratamento de saúde;
- III** – viabilizar junto aos prestadores de serviço de saúde de Goiânia, vinculados a CELGMED, consultas e exames para Associados e/ou Dependentes, do interior do Estado;
- IV** – contactar os prestadores para resolver dificuldades dos Associados e/ou Dependentes;
- V** - acompanhar o Associado, regularmente inscrito, em exames, internações ou outros procedimentos, desde que se faça necessário e que o mesmo esteja desacompanhado de pessoa apta para tal;
- VI** – controlar o empréstimo dos materiais de apoio disponibilizados pela CELGMED, desde que existentes em seu acervo coletivo;
- VII** – promover, divulgar e participar de campanhas informativas, de prevenção e comemorativas, inclusive em parceria com outras entidades de saúde;
- VIII** - coordenar cotações e compra de medicamentos para o Programa de Assistência a Saúde;
- IX** – Acompanhar a equipe multiprofissional do Programa de Assistência a Saúde, em visitas hospitalares e domiciliares;
- X** - coordenar solicitação de ambulância.

TÍTULO V DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Art. 56 – O Programa de Assistência a Saúde se dará em regime domiciliar mediante participação da figura do ‘cuidador’, e será prestada pelo plano CELGSAUDE na seguinte forma:

I – Atendimento Domiciliar: visitas e procedimentos isolados ou periódicos solicitados pela família do Associado paciente impossibilitado ou com dificuldades de locomoção, a serem realizados no domicílio do Associado por profissional habilitado na área de saúde, como alternativa aos pacientes que não necessitam de hospitalização, sendo que:

- a) os procedimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutricionista, realizados em atendimento domiciliar, terão co-participação nos termos do art. 35 e 36;
- b) o atendimento domiciliar não inclui cobertura de gastos com medicação, materiais e equipamentos, exceto nos casos previstos no parágrafo único do art. 35.

II – Internação Domiciliar: serviço prestado no domicílio do Associado, mediante indicação e consentimento do médico assistente, a ser realizado por equipe técnica habilitada e multiprofissional da área de saúde, coordenada e supervisionada obrigatoriamente por médico registrado junto ao Conselho Regional de Medicina, com estrutura logística de apoio inclusive a figura do ‘Cuidador’, integrada a um programa específico para esta finalidade em substituição a internação hospitalar, observando-se que:

- a) nas internações domiciliares não haverá co-participação do Associado;
- b) nas internações domiciliares a CELGMED cobrirá as despesas com a medicação prescrita pelo médico assistente, desde que exclusivamente ligada a patologia que gerou a internação;
- c) materiais e equipamentos vinculados e indispensáveis ao tratamento poderão ser cedidos pela CELGMED, desde que prescritos pelo médico assistente e não pertencente aqueles caracterizados como de uso individual e/ou pessoal, que deverão ser adquiridos pelo Associado em acordo com a indicação médica.

*****SAMPAT-Protocolo- 1.302.001 -19/02/2013

Parágrafo Primeiro – A assistência a saúde prestada em domicílio prevista neste capítulo, em todos os cuidados a serem prestados, não poderá exceder ou efetuar outro tipo de atendimento que não seja aqueles já prescritos pelo médico assistente.

Parágrafo Segundo – A assistência a saúde prestada em domicílio abrangerá fisioterapia respiratória e neuromotora, mediante indicação do médico assistente, nas situações em que o deslocamento do Associado comprometa ou agrave seu quadro clínico, observando-se que:

I – fisioterapias de manutenção serão encaminhadas à rede credenciada;

II – psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo, quando indicados pelo médico assistente, serão oferecidos enquanto perdurar a indicação e conforme parecer da auditoria médica da CELGMED.

Parágrafo Terceiro - Para efeito do disposto neste artigo, ‘cuidador’ é a pessoa designada pelo Associado, podendo ou não ser da família, que mediante assinatura do correspondente ‘Termo de Compromisso de cuidador’, acompanhará e assumirá responsabilidades em relação ao Associado paciente até que o mesmo receba alta ou seja desligado do programa, atribuindo-se:

I – à CELGMED: o dever de treinar adequadamente o ‘cuidador’, de forma que o mesmo possa executar os cuidados básicos necessários a complementação do tratamento do Associado em internação domiciliar;

II – ao CUIDADOR: o dever de seguir as orientações prescritas pelo médico assistente e profissionais da equipe de assistência domiciliar, bem como, fornecer aos mesmos todas as informações relativas ao tratamento, conforme plano terapêutico prescrito.

Art. 57 – A internação domiciliar se dará mediante atendimento dos seguintes critérios:

I - indicação do médico assistente;

II – disponibilização de local adequado a boa acomodação do Associado paciente;

III – assinatura do ‘Termo de Compromisso de cuidador’ e;

IV – aprovação da auditoria médica da CELGMED;

Art. 58 – O desligamento do Programa de Assistência a Saúde se dará mediante:

I – solicitação expressa do Associado e/ou familiares;

II – evolução ou alteração da doença que torne a assistência domiciliar inadequada, observado, no tocante a remoção, o disposto no art. 72;

III - suspensão e/ou rescisão do contrato de adesão ao plano CELGSAUDE;

IV – negligência ou imprudência do ‘cuidador’;

V – alta do Associado paciente;

VI – óbito do Associado paciente.

CAPITULO IV DAS COBERTURAS EXCLUÍDAS

Art. 59 - Para efeito da assistência a saúde prevista neste Regulamento, não serão cobertos pelo plano CELGSAUDE:

I - procedimentos assistenciais que exijam perícia prévia, realizados à revelia da CELGMED e, sem atendimento das condições previstas neste Regulamento;

II - procedimentos não éticos ou que ainda não tenham sido reconhecidos pelas autoridades oficiais competentes;

III – medicamentos, tratamentos, produtos importados não nacionalizados;

IV - órteses e próteses importadas não nacionalizadas;

V - órteses e próteses e seus acessórios não ligadas ao ato cirúrgico;

- VI** – tratamentos, exames e cirurgias experimentais, cirurgias não éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e controle da natalidade a exceção dos procedimentos de vasectomia, laqueadura e implante de DIU, autorizados por este Regulamento;
- VII** - tratamento odontológico, lesões traumáticas bucodentárias, ainda que decorrentes de acidentes pessoais, exceto se for exigida cirurgia realizada em ambiente hospitalar;
- VIII** – enfermagem, consultas, terapias e outros procedimentos em caráter particular ou fora da tabela praticada, realizados em hospital ou em residência;
- VIX** - procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, materiais, equipamentos e medicamentos para fins estéticos, de rejuvenescimento ou emagrecimento;
- X** - tratamento para qualquer finalidade em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XI** - cirurgias para displasia mamária e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer internações e tratamentos por motivo de rejuvenescimento e finalidade estética, em suas várias modalidades;
- XII** - despesas extraordinárias tais como: telefonemas, televisão e lavagem de roupas, objetos e produtos higiênicos e de uso pessoal, vaporizadores, umidificadores, nebulizadores, meias, cintas, ataduras, calças elásticas, e despesas de acompanhante em internação hospitalar, exceto os previstos neste Regulamento;
- XIII** - tratamentos de competência da rede pública, tais como: endemias e epidemias;
- XIV** - quaisquer atendimentos em caso de calamidade pública, cataclismas, atos da natureza, comoções internas declaradas pelas autoridades competentes, guerras, revoluções, envenenamentos coletivos, ou quaisquer outras causas que atinjam maciçamente a população e/ou Associados da CELGMED e/ou emanações nucleares ou ionizantes;
- XV** - imunoterapia, exceto campanhas;
- XVI** - transplantes e implantes, exceto de rim, medula e córnea;
- XVII** - vacinas e outros medicamentos, fora da internação hospitalar, exceto em caso de campanhas desenvolvidas pela CELGMED;
- XVIII** - exames de comprovação de paternidade e inseminação artificial;
- XVIX** - adicional sobre cirurgias eletivas realizadas aos domingos e feriados e, em horário compreendido entre às 19:00 (dezenove) e 07:00 (sete) horas, exceto nos casos de urgência e/ou emergência;
- XX** - aplicações de medicamentos, exceto nas internações e atendimentos em prontos-socorros;
- XXI** - despesas médicas resultantes de auto-lesões físicas ou orgânicas produzidas intencionalmente ou quando da participação em atividades consideradas ilegais;
- XXII** - procedimentos realizados em duplicidade;
- XXIII** - procedimentos idênticos realizados simultaneamente por profissionais diferentes, nas áreas de psicologia e psiquiatria;
- XXIV** - diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação de recém-nascido patológico.
- XXV** – lentes para correção de qualquer deficiência visual exceto lentes intraoculares;
- XXVI** - condicionamento físico não ligado a reabilitação cardiológica;
- XXVII** - alimentação não prescrita no tratamento, adoçantes e suplementos alimentares de qualquer natureza;
- XXVIII** - avaliações pedagógicas, orientações vocacionais, psicoterapia com objetivos profissionais e testes psicotécnicos;
- XXIX** - reflexologia (psicotrón, neurotrón, hipnotrón etc.).

 **Parágrafo Único** – Fica garantido a CELGMED o direito de alterar, a seu critério, a relação de procedimentos não cobertos constante neste Regulamento, desde que em acordo com a legislação pertinente e normativos da ANS.

Art. 60 – Não será autorizado pela CELGMED:

- I** - internação de véspera para realização de cirurgia, exceto quando o procedimento for tecnicamente necessário;
- II** - internação para exames de investigação de diagnósticos que possam ser realizados em ambulatório sem riscos ao paciente;
- III** - internação para realização de pequenas cirurgias, passíveis de execução a nível ambulatorial;

Art. 61 – É responsabilidade exclusiva do Associado Titular:

- I** - as despesas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo plano CELGSAUDE;
- II** - a hospitalização após a alta concedida pelo médico assistente;
- III** - os gastos extraordinários, tais como alimentação não incluída na dieta hospitalar, bebidas, telefonemas, complementação de diária devido a opcionais;
- IV** - as diferenças decorrentes de acomodações superiores àquelas autorizadas pela CELGMED, quando não decorrente de falta de vaga hospitalar, bem como as relativas aos honorários médicos de valor superior àqueles autorizados;
- V** - diárias de apartamentos ocupados por acompanhante, quando o paciente estiver internado em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, ou nos casos não contemplados pelo inciso X, do art.41.

CAPITULO V **ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Art. 62 – O atendimento de urgência e/ou emergência será prestado ao Associado regularmente inscrito, independentemente de autorização prévia, após 24 horas do início da vigência do Termo de Adesão, no sentido da preservação a vida, órgãos e funções, a qualquer hora do dia ou da noite, observando-se os limites e condições estabelecidos neste Regulamento.

Parágrafo Primeiro – Para efeito deste regulamento considera-se:

- I** – urgência: os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II** – emergência: os casos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Parágrafo Segundo – Para todos os efeitos deste Regulamento, considera-se:

- I** - acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do Associado ou torne necessário tratamento médico;
- II** - complicações no processo gestacional: as alterações patológicas durante a gestação, tais como: gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

Parágrafo Terceiro – Para efeito deste artigo, considera-se emergência psiquiátrica as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio Associado ou terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio, auto-agressão, e ainda, as situações que provoquem risco de danos morais e patrimoniais graves.

Parágrafo Quarto – Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, de risco de vida, ou de lesões irreparáveis, não haverá cobertura da atenção prevista neste Capítulo.

Art. 63 – Estando o Associado Titular e/ou Dependentes em cumprimento dos períodos de carência estabelecidos no art. 24, e decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do contrato de adesão, a assistência a saúde para os casos de urgência e emergência, será prestada em ambiente ambulatorial, pelo período máximo 12 (doze) horas, correndo as despesas a partir da 12ª (décima segunda) hora, por conta do Associado Titular.

Parágrafo Primeiro - Constatado em tempo inferior a 12 (doze) horas que o Associado necessita de internação para a continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, a cobertura cessará, não cabendo qualquer ônus à CELGMED quanto aos procedimentos realizados após a constatação da necessidade de continuidade do atendimento, inclusive aqueles ligados ao processo gestacional e Doenças e Lesões Pré-existentes-DLP, salvo neste último caso, a existência de agravo do contrato, conforme inciso IV do art. 67.

Parágrafo Segundo – Realizados os procedimentos de urgência e emergência previstos neste artigo, fica garantido ao Associado que cumpre carência para internação, o direito de remoção nos termos do inciso IV do art. 72.

Art. 64 – Para os atendimentos de urgência resultantes de acidentes pessoais, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do Contrato de Adesão, não haverá restrições desde a admissão até a alta hospitalar.

Art. 65 – Não sendo possível a prestação de serviço pela rede credenciada e dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano, fica garantido o direito de reembolso ao Associado nos termos e condições previstas no art. 73 deste Instrumento.

Art. 66 - Não estando o Associado em cumprimento dos períodos de carência, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência sem limites de horas, inclusive aqueles que evoluírem para internação, desde que observadas as coberturas e condições previstas neste Regulamento.

CAPITULO VI DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 67 – Para fins deste Regulamento são adotadas as seguintes definições:

I - Doenças e Lesões Preexistentes ou DLP: são aquelas que o Associado sabe ser portador ou sofrendor, à época da contratação de plano privado de assistência a saúde;

II - Cobertura Parcial Temporária ou CPT: é a suspensão, pelo prazo máximo e ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença ou Lesão Preexistente, sendo que:

- a) considera-se procedimentos de alta complexidade para cobertura parcial temporária, aqueles relacionados como tal no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde obrigatório da ANS relacionados a DLP, podendo os mesmos constar de cláusula contratual específica com cobertura suspensa pelo prazo máximo de 2 (dois) anos.

IV – Agravo: consiste no acréscimo da contraprestação mensal paga pelo Associado ao plano privado de assistência à saúde, a fim de obter direito à cobertura integral contratada sem cumprimento do período de carência de 24 (vinte e quatro) meses específico para as DLPs.

Parágrafo Único - O agravo de que trata este artigo será permitido apenas para os casos de DLPs, não eximindo o Associado do cumprimento dos demais períodos de carência previstos nos incisos I a IV do art. 24, quando for o caso.

Art. 68 - O Associado Titular que formalizar sua adesão e de seus Dependentes em até 30 (trinta) dias corridos contados da data da celebração do contrato de trabalho junto às mantenedoras ou patrocinadoras, e/ou em se tratando de novos Dependentes, da ocorrência do fato gerador, não está sujeito ao cumprimento do período de carência para procedimentos relacionados à Cobertura Parcial Temporária.

Art. 69 - O Associado titular que não formalizar sua adesão e de seus Dependentes no prazo constante do art. 68, terá suspenso por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de adesão, o atendimento para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças ou Lesão Preexistente definidas no Rol de Procedimentos Obrigatórios da ANS.

Art. 70 - Para fins de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), o proponente a Associado Titular, por ocasião da entrevista de Adesão, preencherá o 'Formulário de Declaração de Saúde', informando a existência de DLP própria e/ou de seus Dependentes, podendo, para fins de auxílio, requisitar entrevista com médico pertencente ao quadro da CELGMED, sem qualquer ônus.

Parágrafo Primeiro - O proponente pode optar por ser orientado por outro médico não vinculado a CELGMED, no entanto, é de sua exclusiva responsabilidade arcar com o ônus dessa entrevista.

Parágrafo Segundo - Constatada a existência de doença e/ou lesão preexistente, faculta-se ao Associado Titular a opção pela Cobertura Parcial Temporária - CPT ou, pelo agravamento do contrato, cabendo à CELGMED oferecer proposta de valores.

Parágrafo Terceiro - O Agravamento será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes observados os requisitos legais, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor e período de vigência do mesmo.

Art. 71 - A omissão e/ou declaração falsa de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da adesão ao plano caracteriza fraude, e conseqüentemente autoriza a unilateral do contrato pactuado, conforme disposto no inciso IV, do art. 89 deste Regulamento e, inciso II, do parágrafo único do art. 13, da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo Único - Constatada fraude ou omissão, o Associado Titular passa a ser responsável exclusivo pelo pagamento integral das despesas efetuadas com a assistência ambulatorial e/ou médico-hospitalar prestada, relacionada com a doença ou lesão preexistente detectada, sem prejuízo das demais sanções e cominações legais cabíveis.

CAPITULO VII DA REMOÇÃO

Art. 72 - Observado a abrangência geográfica do plano CELGSAUDE e o disposto no art. 24, a CELGMED se responsabiliza pela remoção terrestre do Associado regularmente inscrito, via ambulância equipada com recursos necessários à garantia de manutenção da vida, nas seguintes situações:

I - quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos na unidade de atendimento para continuidade de atenção ao paciente, ou pela necessidade de internação;

II - para a realização de exames em ambiente externo da unidade de internação em que se encontra o Associado, desde que a unidade não disponha do serviço.

III – nos casos de internação domiciliar, para internação hospitalar e/ou exames, desde que solicitado pelo médico assistente e/ou constatada a necessidade pela equipe profissional integrante do Programa de Assistência à Saúde;

IV - para uma unidade do SUS que disponha de serviços de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento, caso o Associado esteja em período de cumprimento de carência, inclusive de Doença e Lesão Pré-existe que resulte em necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados as doenças ou lesões preexistentes, observando-se, nestes casos, que:

- a) a responsabilidade da CELGMED sobre o Associado em remoção cessará com o registro junto à unidade do SUS;
- b) não havendo possibilidade de remoção em decorrência de risco de morte, o Associado e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando a CELGMED desobrigada de qualquer ônus;

Parágrafo Primeiro – A CELGMED, para todos os efeitos, fica desobrigada de qualquer responsabilidade e do ônus financeiro da remoção, caso o Associado ou seu responsável opte pelo atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

Parágrafo Segundo – Para efeito do parágrafo anterior, fica ressalvado à CELGMED o direito de exigir que o Associado e/ou responsável assine o competente Termo de Responsabilidade relativo a transferência.

Parágrafo Terceiro - A remoção para outro estabelecimento hospitalar sem prescrição do médico assistente ensinará para o Associado Titular, uma participação de 100% (cem por cento) sobre a despesa havida com a remoção e a obrigatoriedade de assinar o competente 'Termo de Responsabilidade' relativo a transferência.

CAPITULO VIII DO REEMBOLSO

Art. 73 – Nos casos de urgência e emergência, observado o disposto nos art. 24, 35 e seguintes, quando não for possível a utilização dos serviços próprios e/ou credenciados dentro da área de abrangência geográfica, fica garantido o direito de reembolso dos valores despendidos pelo Associado no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados do protocolo de entrega da documentação relativa.

Parágrafo Primeiro – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou a prestação de assistência ao Associado, realizados enquanto perdurar o estado de urgência e/ou emergência.

Parágrafo Segundo - O reembolso de que trata este artigo será efetuado até o limite dos valores constantes na 'Tabela de Referência' praticada pela CELGMED junto a rede prestadora, mediante preenchimento de formulário próprio para esta finalidade e apresentação dos seguintes documentos originais:

I - relatório justificando os procedimentos realizados contendo, data do atendimento, nome do Associado paciente, materiais e medicamentos utilizados, assinatura e carimbo do médico assistente e, quando for o caso, o período de permanência no hospital;

II - conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, juntamente com nota fiscal, fatura ou recibo do hospital, que deve conter no mínimo, CRM, CPF, carimbo e assinatura do médico assistente;

III - recibo individualizado de honorários do médico assistente auxiliares ou outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

IV - comprovante de serviços e exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares acompanhados do pedido do médico assistente;

Parágrafo Terceiro – Para fins de reembolso fica ressalvado à CELGMED, o direito de exigir documentos diversos daqueles relacionados no parágrafo anterior, caso entenda necessário.

Parágrafo Quarto – O prazo prescricional para o Associado apresentar os documentos e solicitar o reembolso é de 90 (noventa) dias corridos, a contar da data da realização do procedimento.

Parágrafo Quinto - O Associado perderá o direito ao reembolso, caso os comprovantes e/ou documentos relativos não atendam o disposto neste regulamento, não sejam originais, estejam incompletos, contenham emendas ou rasuras, estejam ilegíveis, com dupla grafia, quando verificada existência fraude ou ainda, quando entregues fora do prazo estipulado.

Parágrafo Sexto – A tabela de valores utilizada para fins de reembolso não será inferior aquela praticada diretamente pela rede credenciada, e juntamente com as explicações relativas, encontra-se disponível para consulta dos Associados na sede da CELGMED ou em sua página eletrônica www.celgmed.com.br.

Art. 74 – Nos casos de assistência à saúde prestada sob a modalidade de livre escolha, fica garantido o direito de reembolso dos valores despendidos pelo Associado, observada as mesmas condições previstas nos parágrafos do art. 73.

CAPITULO IX DAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO

Art. 75 – A assistência a saúde de que trata este plano será prestada via profissionais da área de saúde ao Associado regularmente inscrito, mediante apresentação do Cartão de Identificação da CELGMED e documento comprobatório da identidade pessoal dentro das seguintes modalidades:

I – rede credenciada;

II - livre escolha.

Parágrafo Primeiro – A CELGMED não se responsabilizará por ato, diagnóstico, opinião, atendimento, tratamento, procedimento médico ou hospitalar, acidente ou não, de iniciativa dos prestadores de serviços credenciados ou da livre escolha.

Parágrafo Segundo – É facultado a CELGMED suspender, cancelar contratos, descredenciar prestadores de serviços, substituir unidade hospitalar, bem como contratar novos prestadores objetivando a qualidade do atendimento ao Associado, mediante comunicação das alterações aos Associados e à ANS, a ser efetuada com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvado o direito ao descumprimento deste prazo nos casos de rescisão contratual e descredenciamento por fraude e/ou infração as normas legais, sanitárias e fiscais.

Parágrafo Terceiro - Em caso de Associado internado em hospital ou clínica cujo credenciamento foi suspenso ou cancelado, fica garantida a continuidade do atendimento, obrigando-se a CELGMED pela prestação da assistência até a alta hospitalar.

Art. 76 – No atendimento sob a modalidade de credenciamento, o Associado dirigir-se-á diretamente ao prestador de serviço credenciado, observando que:

I – é dever do Associado ou seu responsável, assinar a guia de consulta e/ou de serviços, para fins de autorizar o pagamento direto ao credenciado, bem como assumir sua co-participação, quando for o caso;

II – é dever do Associado ou seu responsável, conferir e assinar as contas hospitalares emitidas pelo credenciado;

Art. 77 - No regime de livre escolha, o Associado dirigir-se-á ao prestador de serviço de sua escolha, efetuando o pagamento das despesas relativas a assistência diretamente ao mesmo, das quais será reembolsado pela CELGMED, nos termos e condições estabelecidas nos art. 73 e 74.

Art. 78 – A identificação e escolha dos prestadores de serviço credenciados pelo plano CELGSAUDE, pode ser efetuada mediante consulta ao ‘Guia Médico e Odontológico’ entregue ao Associado no momento da assinatura do Termo de Adesão, ou via portal da CELGMED www.celgmed.com.br.

Art. 79 - A CELGMED se responsabiliza pelo pagamento dos gastos decorrentes do efetivo atendimento ou prestação dos serviços de assistência à saúde, dentro dos limites e condições estabelecidas por este Regulamento, levando a débito na forma do art. 84, deste regulamento, os valores da respectiva participação na despesa incorrida.

Parágrafo Único – Salvo nos casos previstos neste Regulamento, fica vedado ao Associado efetuar o pagamento de qualquer valor ou honorário ao prestador de serviços de assistência à saúde.

Art. 80 - O Associado, em qualquer circunstância, é o responsável exclusivo pela comprovação das despesas decorrentes da assistência recebida, cabendo-lhe o dever de efetuar a conferência da exatidão das faturas quanto a natureza dos serviços, assinando as guias de atendimento médico e/ou hospitalar, as quais representam para a CELGMED:

I - pedido de concessão do serviço de Assistência à Saúde;

II - autorização para desconto, de uma única vez, dos valores correspondentes a sua participação nas despesas efetuadas na forma do art. 84;

III - autorização de encaminhamento da cópia do prontuário para a CELGMED.

Parágrafo Único - Caso o Associado venha a óbito, é dever do representante legal ou pessoa da família assinar as guias de atendimento, para os fins colimados neste artigo.

CAPITULO X

DO FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 81 – O financiamento do plano CELGSAUDE se dará na modalidade pré-estabelecida, e ressalvado o disposto art. 30 e 31 da lei 9.656/1998, obedecerá o estabelecido nos convênios de adesão pactuados com as mantenedoras e patrocinadoras, os quais terão no mínimo, as seguintes informações relativas ao custeio:

I - participação financeira dos Associados;

II - participação financeira da mantenedora e/ou patrocinadoras;

III - forma de cálculo da revisão das contraprestações pecuniárias;

IV - garantias de riscos, conforme legislação vigente, decorrentes da assistência à saúde de seus empregados Associados.

Art. 82 – A CELGMED mediante convênio de adesão próprio, fica autorizada a incluir novos patrocinadores segundo sua conveniência, desde que obedecidos os critérios legais.

Art. 83 - A formação da contribuição mensal necessária a cobertura dos serviços de assistência à saúde assegurados neste Regulamento, será fixada com base no Plano de Custeio Anual, o qual incluirá a correspondente avaliação atuarial realizada de acordo com os normativos legais vigentes, bem como levará em conta os limites máximos e demais parâmetros estabelecidos pela CELGMED, dentre eles:

I - os custos da assistência assegurada, tais como: honorários médicos, taxas e despesas hospitalares, exames, materiais, equipamentos e medicamentos, grau de sinistralidade e tecnologia aplicada;

II - os benefícios colocados a disposição dos Associados;

III - a frequência de utilização do plano pelos Associados;

IV - a remuneração percebida por cada Associado ativo;

V - os rendimentos percebidos junto ao INSS e ELETRA, somados com qualquer outro rendimento previdenciário inclusive pensão, quando for o caso;

VI - a faixa etária de Associado Titular e Auto Patrocinado e de Dependentes Especiais.

Parágrafo Primeiro – A variação do valor da contribuição mensal em consequência da mudança da faixa etária de qualquer dos Associados classificados na modalidade de Dependente Especial, obedecerá à seguinte progressão:

- a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e cinco) anos;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j) acima de 59 (cinquenta e nove) anos.

Parágrafo Segundo – Os ajustes de valores decorrentes da mudança da faixa etária serão aplicados no mês de mudança da faixa, observando-se que:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Parágrafo Terceiro – Variações significativas no custo operacional dos produtos registrados e oferecidos pela CELGMED, que impliquem em alteração positiva ou negativa das contribuições mensais dos participantes e/ou das mantenedora e patrocinadoras, será objeto de revisão atuarial no plano de custeio e de ajustes na contraprestação mensal.

Parágrafo Quarto - Em caso de Associado(a) que tenha o(a) cônjuge também como funcionário(a) de uma das mantenedora ou patrocinadora, prevalecerá, para utilização dos critérios de cálculo da contribuição, o maior salário a ser informado pela mesma.

Art. 84 – O pagamento das contribuições mensais de que trata o artigo anterior, bem como das co-participações previstas no art. 35 e seguintes, são de inteira responsabilidade do Associado Titular e serão cobradas mensalmente, de uma única vez, na seguinte forma:

I – Associado Ativo e Associado Temporário: via débito em folha de pagamento;

*****SMPAIO-Protocolo- 1.302.081 -19/02/2013

II – Associado Optante e Associado Pensionista Optante: via débito em folha de pagamento da ELETRA quando vinculados a mesma, não sendo, via débito em conta bancária do Associado Titular;

III – Associado Auto Patrocinado e Associado Inativo Auto Patrocinado: preferencialmente via débito em conta bancária do Associado Titular.

Parágrafo Primeiro – A inexistência de débito em folha e/ou conta bancária, bem como, o não recebimento do boleto de pagamento, não desobrigam o Associado do pagamento da mensalidade e co-participação na data do vencimento, em vista que a segunda via do documento necessário a efetivação do pagamento encontra-se disponível, diuturnamente, na página eletrônica www.celgmed.com.br, ou na sede da CELGMED.

Parágrafo Segundo - As mensalidades e co-participações que não forem pagas até a data de seu vencimento, serão acrescidas de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, aplicados a partir da inadimplência.

TITULO I DO REAJUSTE

Art. 85 – A contribuição mensal dos Associados, no transcorrer da vigência do Termo de Adesão, poderá sofrer reajuste a cada 12 (doze) meses ou na periodicidade prevista na legislação aplicável, em acordo com o índice eleito pela CELGMED, que será comunicado à ANS segundo suas regras.

Parágrafo Primeiro – O índice de reajuste das contribuições dos Associados Auto Patrocinados, identificados no art. 8º, VI, deste Regulamento, acompanhará os estudos atuariais e a mudança da faixa etária e os demais critérios estabelecidos neste Regulamento.

Parágrafo Segundo - O índice de reajuste das contribuições dos Associados Aposentado Optante e Associados Pensionista Optante, identificados no art. 8º, II e VII, deste Regulamento, acompanhará os estudos atuariais, os aumentos salariais concedidos pelas mantenedoras e/ou patrocinadoras aos seus empregados da ativa, os reajustes do INSS e ELETRA, bem como, os demais critérios estabelecidos neste Regulamento.

Parágrafo Terceiro - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação de reajuste por sinistralidade, a reavaliação observará o nível de sinistralidade da carteira e terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e receitas diretas do plano.

Parágrafo Quarto – Não será considerado reajuste o aumento da contribuição mensal decorrente, exclusivamente, do aumento da remuneração do Associado Titular.

CAPITULO XI DA VIGÊNCIA

Art. 86 – O período mínimo de vigência do presente Regulamento é de 12 (doze) meses contados a partir da assinatura do Contrato de Adesão, sendo renovado automaticamente por períodos sucessivos de 01 (um) ano, não cabendo cobrança de taxas ou quaisquer valores no ato da renovação, bem como, incidência de qualquer período de carência.

Parágrafo Único – A data prevista para início da vigência poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais e/ou declaração de saúde, se for o caso.

Art. 87 – A rescisão unilateral do presente instrumento, antes do período de 12 (doze) meses, somente será efetuada mediante atendimento das seguintes condições:

- I** - estar o Associado em dia com o pagamento das contribuições mensais, inclusive aquelas relativas a co-participação;
- II** - devolução do Cartão de Identificação ou, em caso de perda, assinatura do correspondente Termo de Responsabilidade;
- III** - pagamento de multa pecuniária equivalente a 70% (setenta por cento) do valor das mensalidades restantes até o término da vigência do contrato de adesão.

Parágrafo Primeiro – A exclusão de Dependentes do Associado Titular por qualquer motivo, antes do período de 12 (doze) meses, obriga o Associado Titular ao pagamento da multa pecuniária prevista no inciso III, deste artigo.

Parágrafo Segundo – Fica isento da multa prevista no inciso III deste artigo, o Associado Titular demitido sem justa causa e os Dependentes do Associado Titular que vier a óbito, caso optem pela não permanência no plano.

Parágrafo Terceiro – Após o período de vigência estabelecida no 'caput' deste artigo, a CELGMED mediante comunicação expressa ao Associado Titular, poderá rescindir unilateralmente e imotivadamente o contrato de adesão, mediante notificação expressa do Associado Titular com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Parágrafo Quarto – A qualquer tempo fica reservado à CELGMED o direito de rescindir unilateralmente o Termo de Adesão pactuado, sem notificação prévia do Associado Titular, desde que por motivo de dolo, fraude ou perda do vínculo de titularidade ou dependência, sem prejuízo das sanções cabíveis, inclusive cíveis e criminais.

CAPITULO XII

DA SUSPENSÃO E DA PERDA DA QUALIDADE DE ASSOCIADO

Art. 88 – A suspensão da cobertura assistencial oferecida pelo plano CELGSAUDE, se dará nas seguintes hipóteses:

- I** – até a quitação da dívida ou rescisão, por inadimplência das obrigações pecuniárias previstas neste Regulamento por período superior a 60 (sessenta dias) consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de sua vigência;
- II** – por 60 (sessenta) dias em razão de descumprimento deste Regulamento, Estatuto Social ou Atos Administrativos relativos ao plano, expedidos pela Diretoria Executiva;
- III** – por 60 (sessenta) dias, em razão de o Associado deixar de dispensar cordialidade, respeito e educação aos empregados, administradores e prestadores de serviços da CELGMED;
- IV** – por 60 (sessenta) dias, em razão de prática de atos que causem danos morais e/ou materiais à CELGMED, sem prejuízo de indenizações cabíveis;

Parágrafo Único - A suspensão do Associado Titular implica, automaticamente, na suspensão de seus dependentes.

Art. 89 – Perde a condição de Associado da CELGMED e será excluído do plano CELGSAUDE via rescisão do Termo de Adesão, o Associado que:

- I** – se mantiver inadimplente por mais de 90 (noventa) dias;
- II** - embora vinculado a mantenedora ou patrocinadora, solicitar a rescisão do Termo de Adesão, desde que cumpridas as condições autorizativas da exclusão;

- III – tiver rescindido o contrato de trabalho com a mantenedora ou patrocinadora por justa causa, ou, sendo a rescisão por outro motivo, não solicitar dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da rescisão, sua permanência no plano;
- IV – obtiver ou tentar obter benefícios próprios e/ou para outrem mediante dolo e/ou fraude;
- V - não informar à CELGMED as situações de perda da qualidade de Titular ou Dependente, cabendo-lhe inclusive responsabilidade pelo ressarcimento dos prejuízos causados por si e seus Dependentes ou ex-dependentes;
- VI – o Associado que falecer;
- VII - entrar em licença particular não remunerada, e não optar pela condição de Associado Facultativo dentro de 30 (trinta) dias estabelecido neste Regulamento;
- VIII - for colocado à disposição, sem ônus para as mantenedoras e patrocinadoras, se não solicitar a opção de permanecer no plano, na forma deste Regulamento.

Parágrafo Primeiro - Ressalvado o disposto no inciso VI, do art. 89 em c/c o art. 20, a exclusão do Associado Titular implica, automaticamente, na exclusão de seus Dependentes.

Parágrafo Segundo – Fica expressamente vedada a reinclusão dos Associados excluídos pelos motivos previstos nos incisos IV e V deste artigo, salvo prova em contrário do fato que gerou a exclusão, a ser produzida na forma do art.90.

Parágrafo Terceiro – O Associado excluído por inadimplência, somente poderá ser reincluído no quadro social após a quitação ou renegociação de seu débito e preenchimento das demais condições de admissibilidade previstas neste Regulamento e na legislação pertinente, observado o disposto no art. 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

Parágrafo Quarto – Em caso de inadimplência, a CELGMED poderá registrar a ocorrência junto aos Órgãos de Proteção ao Crédito, sendo que o cancelamento de referida inscrição se dará após a quitação total das obrigações inadimplidas, acrescidas de juros e correção monetária, sem prejuízo, em caso de rescisão, da multa contratual prevista na alínea “c” e parágrafo primeiro do art. 86, quando for o caso.

Parágrafo Quinto – A CELGMED comunicará a suspensão e/ou exclusão do plano CELGSAUDE mediante notificação prévia do Associado Titular com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, dando por notificado, pelo mesmo ato, os Dependentes do mesmo.

Parágrafo Sexto - A suspensão e/ou exclusão do plano CELGSAUDE por qualquer motivo, não desobriga o Associado Titular do pagamento dos valores relativos a contribuição mensal e co-participação própria e de seus Dependentes, mesmo que os valores sejam apurados após a rescisão do Termo de Adesão.

Parágrafo Sétimo – A utilização dos benefícios oferecidos pelo plano CELGSAUDE durante a suspensão e/ou após a exclusão, será considerada fraude e não desobriga o Associado Titular do pagamento integral das despesas resultantes da assistência prestada, sem prejuízo das demais penalidades e cominações legais cabíveis.

Parágrafo Oitavo – Em hipótese alguma o Associado suspenso e/ou excluído terá direito a ressarcimento de contribuições e/ou co-participações pagas, tão pouco a qualquer tipo de indenização.

Art. 90 – Faculta-se ao Associado suspenso ou excluído, o direito de apresentar prova em contrário ao fato que gerou a suspensão ou exclusão, via Recurso Administrativo dirigido a

Diretoria Executiva da CELGMED no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da notificação de suspensão ou exclusão, observando-se que:

I - mantida a suspensão ou exclusão pela Diretoria Executiva, no mesmo prazo, pode o Associado recorrer da decisão junto ao Conselho Deliberativo.

II - confirmada a punição, deverá o Associado ressarcir integralmente à CELGMED, de todas as despesas decorrentes do ato que gerou a suspensão e despesas decorrentes da utilização dos serviços de assistência.

Parágrafo Único – Os recursos de que trata este artigo não terão efeito suspensivo.

CAPITULO XIII **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 91 – O uso indevido dos serviços cobertos pelo plano CELGSAUDE, bem como a inexistência e/ou omissão nas declarações prestadas inclusive quanto aos Dependentes, sujeitará o Associado a sanções previstas no art. 48, 49 e 50, respondendo integralmente pelas despesas decorrentes da utilização indevida do plano, sem prejuízo das sanções cíveis e criminais cabíveis.

Art. 92 – Fica estabelecido que a CELGMED, mantenedoras e patrocinadoras, poderão fornecer uma à outra, informações e dados relativos aos Associados a elas vinculados, desde que pertinentes aos direitos e obrigações decorrentes deste plano.

Art. 93 - A utilização dos benefícios e coberturas oferecidos por este plano após o desligamento do Associado será considerado fraude, respondendo o Associado Titular pelos gastos integrais, inclusive os realizados pelos seus Dependentes, sem prejuízo das sanções legais cabíveis.

Art. 94 - Quando o Associado concomitantemente utilizar-se de outro plano de assistência à saúde que lhe ofereça coberturas parciais em relação a este, fica assegurado o direito de cobertura das diferenças, bem como despesas com internações, exames, honorários e demais Serviços de Assistência à Saúde, desde que em acordo com este Regulamento e normas expedidas pela Diretoria Executiva e tabelas adotadas.

Art. 95 - O não cumprimento das normas estabelecidas neste Instrumento Jurídico exime a CELGMED de qualquer responsabilidade, inclusive despesas e indenizações advindas de procedimentos contrários aos dispositivos Regulamentares.

Art. 96 – É responsabilidade do Associado Titular informar a perda do Cartão de Identificação de usuário próprio e/ou de seus Dependentes.

Parágrafo Único - A 2ª via do Cartão de Identificação do Associado do plano CELGSAUDE, somente será emitida mediante assinatura da 'Declaração de Responsabilidade de Reembolso por Uso de Terceiros' pelo Associado Titular, e pagamento de uma taxa em valor a ser estabelecido em Ato Administrativo da Diretoria Executiva, validado pelo Conselho Deliberativo.

Art. 97 - Fica eleito o foro da comarca de Goiânia, por mais privilegiado que outro possa ser, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Regulamento.

Art. 98 - Este Regulamento entrará em vigor a partir do seu registro junto ao Cartório competente.

Goiânia, 30 de novembro de 2012.

Regulamento aprovado pelo Conselho Deliberativo da CELGMED, conforme Ata de Reunião Ordinária realizada no dia 29 de novembro de 2012.

Regulamento registrado no 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia.

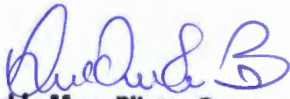
Diretoria Executiva da CELGMED

Diretor Presidente: **Samuel Albernaz** _____

Diretor Administrativo Financeiro: **Geraldo Almeida Silva** _____

Diretora de Benefícios: **Valquíria Carneiro da Paixão Neme** _____

Assessora Jurídica:


Rubia Mara Pilotto Barco
Advogada CELGMED
OAB/GO 16.972


1º TABELIONATO DE PROTESTOS E REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS, TÍTULOS E DOCUMENTOS DE GOIÂNIA
Rua 3 nº 1.209 - Centro - Goiânia - GO Fone (62) 3224-4209 - FAX (62) 3224-2894
Selo de Autenticidade nº: 0300D224845
- Registro de Pessoas Jurídicas -
Apresentado hoje, protocolizado, registrado e digitalizado sob o nº 1.302.081 - 19/02/2013 Emolumento: R\$ 30,05
Tx. Judic.: R\$ 10,42 Fundesp: R\$ 3,01 Total: R\$ 43,48
Averbado à margem do registro nº 96.304
Maria Carvalho da Mota - Escrevente


1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas e Registro de Títulos e Documentos de Goiânia-GO
Selo de Autenticidade
Corregedoria Municipal de Justiça
PARRÃO
0300D224845

***W. SAMPAIO-Protocolo- 1.302.081 -19/02/2013