

REGULAMENTO DO PLANO BÁSICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA CELG - CELGSAÚDE

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Este Regulamento tem por objetivo estabelecer os direitos e obrigações dos associados inscritos no Plano Básico de Assistência à Saúde da Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CELG – Celgmed, denominado pela sigla CELGSAÚDE.

Parágrafo Primeiro - Este Regulamento estabelece Normas que visam proporcionar aos associados inscritos todas as ações necessárias à prevenção de doenças e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observada as Normativas Legais vigentes e em particular, o disposto neste Regulamento.

Parágrafo Segundo - As ações mencionadas no parágrafo anterior abrangem as segmentações de Assistência à Saúde Ambulatorial, hospitalar, cirúrgica e obstétrica, realizadas por profissionais ou estabelecimentos, sejam eles de quadro próprio, contratados, conveniados, credenciados ou no sistema de livre escolha, de acordo com a Legislação vigente na data de sua aprovação.

Parágrafo Terceiro - A área geográfica de cobertura deste Plano é o Estado de Goiás.

Parágrafo Quarto - Quando o Atendimento de Associado ocorrer fora da área geográfica de cobertura deste Plano, o Associado deverá pagar as despesas incorridas diretamente ao prestador do serviço de saúde, devendo, posteriormente, requerer à Celgmed o respectivo ressarcimento, no sistema de livre escolha, conforme disciplinado neste Regulamento, exceto na hipótese de haver convênio com Operadora congênera, situação em que o Associado poderá, a seu critério, utilizar-se das condições que julgar serem mais favoráveis, desde que façam parte do mencionado instrumento.

Parágrafo Quinto - O presente Regulamento visa detalhar o Estatuto, no que se refere às Normas de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde, mecanismos de regulação, restrições e forma de utilização dos mesmos pelos Associados e seus dependentes.

Parágrafo Sexto - Poderão ser realizadas alterações no presente Regulamento sempre que necessário, desde que aprovadas pela Diretoria Executiva e pelo Conselho Deliberativo desta Caixa.

CAPÍTULO II

DOS ASSOCIADOS

Art. 2º Somente serão considerados Associados, devidamente inscritos, para fins de utilização dos serviços previstos neste Regulamento do Plano, aqueles cujas inscrições tenham sido aprovadas pela Diretoria Executiva, nos termos do Estatuto da Entidade, deste Regulamento e das condições estabelecidas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 3º São considerados Associados deste Plano:

I - Empregado com vínculo empregatício com qualquer das mantenedoras e patrocinadoras;

II - Aposentado que atingir essa condição quando ainda empregado de qualquer mantenedora ou patrocinadora e os pensionistas, na qualidade de Associado Assistido;

III - Diretor, Assessor, Estagiário ou Prestador de Serviços que compõem a força de trabalho das Mantenedoras e das Patrocinadoras, não empregados das mesmas, na qualidade de Associados Temporários;

IV - o Associado Facultativo, assim entendido o Associado licenciado e/ou afastado de suas funções sem remuneração, bem como o Associado que esteja em disponibilidade, sem ônus para as mantenedoras e patrocinadoras, demitido sem justa causa, desde que, no prazo de 30 dias do afastamento, opte pela assunção integral e adicional da parcela relativa à contribuição das patrocinadoras, sendo utilizado para cálculo de contribuição, o último cargo/função, porém o salário vigente;

V - os associados da AFACELG, desde que, comprovadamente, estejam inscritos há mais de 1 (um) ano e cumpram os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

Seção I - Dos Dependentes

Art. 4º A inscrição de Dependentes é de exclusiva responsabilidade do Associado Titular, cabendo-lhe fornecer à Celgmed, os documentos solicitados.

I - Na época da inscrição do Associado, devem ser declarados todos os seus dependentes existentes, sob pena de não o fazendo, estarem, os mesmos, sujeitos ao prazo de carência estabelecido no artigo 41, inciso II, alínea b, deste Regulamento;

II - No caso de novos Dependentes, o Associado terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do fato gerador da dependência, para isentá-lo da carência citada no item anterior;

III - Para os Dependentes que completarem 18 (dezoito anos), a sua migração de Dependente Principal para Dependente Especial será automática. Caso este não tenha interesse em permanecer no Plano, deverá comunicar por escrito à Celgmed, até a data de aniversário;

IV - Nas inclusões de Dependentes, ou a qualquer tempo, a Celgmed tem o direito de efetuar verificações dos dados, documentos e informações fornecidas, a fim de firmar a exatidão dos mesmos, bem como exigir qualquer comprovação.

Parágrafo Único - O Associado na qualidade de estagiário, não terá o direito de incluir Dependente.

Art. 5º Consideram-se na categoria de Dependentes do Associado Titular, para os efeitos deste Regulamento, as seguintes classes:

I – Na Classe de Dependentes Principais:

a) Cônjuge ou companheiro;

b) Filhos menores de 18 anos;

c) Filhos curatelados do Associado, independente da idade, assim considerados:

- aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil;
- os deficientes mentais e os excepcionais sem completo desenvolvimento mental.

d) O pai e/ou mãe, desde que o Associado seja solteiro, separado judicialmente, divorciado, viúvo e não tenha qualquer dependente relacionado nas alíneas "a", "b" e "c" deste item, inscrito ou não, na Celgmed.

II – Na Classe de Dependentes Especiais:

a) Filhos maiores de 18 anos;

b) Pai, mãe, neto e irmão de Associado Titular;

c) Filhos e netos de pensionista, desde que descendentes do Associado falecido;

d) Genro, nora, cunhado, tio, sobrinho e enteado de Associado Titular.

Parágrafo Primeiro - Aos Dependentes Especiais descritos no inciso II deste artigo, será atribuída a contribuição correspondente à sua faixa etária, conforme descrito no Plano de Custeio Anual, recolhimento este que será de responsabilidade do Associado Titular.

Parágrafo Segundo - Para efeito deste Regulamento, considera-se companheiro a pessoa com quem o Associado comprovadamente mantenha união estável.

Parágrafo Terceiro - Poderão ser inscritos na classe dos Dependentes Especiais os menores de 18 anos que, por determinação judicial, se achem sob a posse, guarda ou tutela do Associado.

Parágrafo Quarto - A comprovação exigida nos parágrafos anteriores dar-se-á nos mesmos moldes admitidos judicialmente.

Parágrafo Quinto - Os Dependentes de que tratam a alínea "b" do inciso I, deste artigo, perderão essa qualidade quando:

I - atingirem a idade limite;

II - emanciparem-se, por qualquer das condições permitidas por lei.

Parágrafo Sexto - Os Dependentes de que tratam a alínea "c" do inciso I, deste artigo, perderão essa qualidade quando cessar a condição de incapacidade ou excepcionalidade caracterizadas em exame médico específico.

Parágrafo Sétimo - Quanto aos Dependentes de que trata a letra "d" do inciso I, deste artigo, perderão essa qualidade quando o Associado inscrever no Plano qualquer outro Dependente Principal.

Parágrafo Oitavo - Serão também excluídos do quadro de Dependentes o cônjuge ou companheiro, quando houver a dissolução da união conjugal, e os Dependentes principais e/ou especiais, mediante requerimento formal do Associado.

Parágrafo Nono - O ex-cônjuge ou ex-companheiro somente será admitido como Dependente, se por determinação judicial, na dissolução conjugal, o Associado for incumbido da sua prestação de Assistência à Saúde. Neste caso, o mesmo poderá ser mantido como Dependente cabendo ao Associado o pagamento integral das contribuições estabelecidas no Plano de Custeio relativas à faixa etária para Dependente Especial.

Parágrafo Décimo - É responsabilidade do Associado comunicar à Celgmed os fatos geradores da perda ou alteração da qualidade de Dependente a eles vinculados.

Art. 6º Os documentos necessários à habilitação, comprovação e a manutenção da qualidade de Dependentes serão especificados em Ato Regulamentar da Diretoria Executiva.

Seção II - Das Condições Especiais dos Associados Facultativos e dos Assistidos

Art. 7º No caso de rescisão de seu contrato de trabalho sem justa causa, o Associado poderá permanecer no Plano, juntamente com seu(s) Dependente(s) inscrito(s), na condição de Associado Facultativo (artigo 3º, inciso IV, deste Regulamento), desde que opte pela assunção integral e adicional da parcela relativa à contribuição das mantenedoras ou patrocinadoras, sendo utilizado para cálculo de contribuição, o último cargo/função, porém o salário vigente.

Parágrafo Primeiro - Os índices de reajustes das contribuições dos associados facultativos, acompanharão os estudos atuariais e os aumentos salariais concedidos pelas mantenedoras ou patrocinadoras aos seus empregados da ativa.

Parágrafo Segundo - Aos Associados Temporários que romperem vínculo com as mantenedoras/patrocinadoras aplicar-se-á o disposto no *caput*.

Art. 8º Ao Associado que se aposentar pelo INSS será assegurado, para si e seus Dependentes inscritos, a continuidade neste plano na qualidade de Associado Assistido (artigo 3º, inciso II, deste Regulamento), desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, com base nos rendimentos auferidos junto ao INSS e

somados com qualquer outro rendimento previdenciário, inclusive pensão, sendo importante ressaltar que a Celgmed poderá solicitar os documentos probatórios a qualquer momento.

Art. 9º - Os Associados Pensionistas de que trata o artigo 3º, inciso II, deste Regulamento, poderão permanecer neste Plano por prazo indeterminado, assumindo o custeio integral da respectiva contraprestação pecuniária, respeitando, ainda, o disposto no artigo 8º.

Seção III - Da Permanência em caso de morte do Associado

Art. 10. Em caso de morte do Associado durante a vigência deste Plano, os seus Dependentes poderão nele permanecer, desde que assumam o pagamento integral das respectivas contribuições pecuniárias, observado o seguinte:

Parágrafo Primeiro - Os Dependentes deverão manifestar, formalmente e simultaneamente, seu interesse em continuar no Plano para a Celgmed, no prazo de 30 (trinta) dias corridos da data do óbito, acompanhado da respectiva Certidão.

Parágrafo Segundo - O cônjuge ou companheiro do Associado falecido passará a figurar como Associado Titular e na sua falta, caso o filho seja menor, o seu tutor irá responder legalmente por este perante a Celgmed.

Parágrafo Terceiro - O viúvo ou companheiro do Associado falecido perderá o direito de permanecer no Plano, caso venha contrair novas núpcias ou estabeleça União Estável, sem prejuízo da aplicação das demais hipóteses de perda da condição de usuário, previstas no Estatuto da Celgmed.

Parágrafo Quarto - Os Dependentes que se enquadrarem na hipótese de pensionistas do INSS deverão apresentar a guia de comprovação de entrada no mesmo, sendo que, até a data da liberação da pensão, a prestação pecuniária será calculada com base no valor da mensalidade do Associado Facultativo. Após a liberação da pensão, a Celgmed efetuará os ajustes necessários.

Parágrafo Quinto - Ficará a cargo da Celgmed estipular o prazo para que o pensionista apresente o valor da pensão do INSS, bem como qualquer outro rendimento pecuniário.

CAPÍTULO III

DO FINANCIAMENTO DO PLANO

Art. 11. O financiamento dos planos assistenciais obedecerá ao disposto nos Convênios de Adesão com cada Mantenedora e/ou Patrocinadora, e deverão constar no mínimo as seguintes informações no custeio dos planos:

- I - A participação financeira dos associados;
- II - A participação financeira da Mantenedora e/ou patrocinadora;
- III - A forma de cálculo da revisão das contraprestações pecuniárias;
- IV - As garantias de riscos, conforme legislação, decorrentes da assistência à saúde de seus empregados associados.

Art. 12. As contribuições necessárias à cobertura dos serviços de Assistência à Saúde assegurados neste Regulamento serão estabelecidas através de 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 - Honorários médicos e exames, tendo por referência a Tabela de Procedimentos adotada pela Celgmed;

II - Despesas hospitalares, tendo por referência os valores da Tabela Hospitalar adotada pela Celgmed;

III - Medicamentos, quando cabível o pagamento dos mesmos, tendo por referência a experiência da Celgmed ou Guia Farmacêutico adotado pela mesma.

Parágrafo Primeiro - Constarão do Plano de Custeio Anual todos os valores das contribuições devidas pelas Mantenedoras/Patrocinadoras.

Parágrafo Segundo - A Companhia Energética de Goiás – Celg Celg na condição de Instituidora e mantenedora, contribuirá com 50% do valor devido a título de contribuição e o associado ativo como os outros 50%, além do valor devido relativo aos dependentes especiais e demais obrigações financeiras.

Parágrafo Terceiro - Celg Geração e Transmissão – Celg G&T na condição de Mantenedora, contribuirá com 50% do valor devido a título de contribuição e o associado ativo como os outros 50%, além do valor devido relativo aos dependentes especiais e demais obrigações financeiras.

Parágrafo Quarto - A Eletra na condição de Patrocinadora, contribuirá com 40% do valor devido a título de contribuição e o associado ativo com 60%, além do valor devido relativo aos dependentes especiais e demais obrigações financeiras.

Art. 13. No Plano de Custeio Anual, quando for o caso, deverão estar previstos os valores relativos à cobertura dos seguintes Programas Especiais:

I - Programa de Cobertura de Despesas com Próteses e Órteses;

II - Programa de Cobertura de Despesas com Transplantes;

III - Programa de Cobertura de Procedimentos Especiais.

Parágrafo Primeiro - Os Programas de que trata este artigo serão constituídos por receitas específicas, quando necessário, conforme Estudo Atuarial.

Parágrafo Segundo - Além dos Programas mencionados neste artigo, o Plano de Custeio Anual evidenciará as Despesas Administrativas, as Reservas de Contingência e outros Fundos de Solvência, necessários à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e Atuarial do Plano.

Parágrafo Terceiro - A operacionalização dos Programas instituídos neste artigo ocorrerá da seguinte forma:

I - As Despesas com Transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com procedimentos vinculados ao tratamento são integralmente cobertas por este Plano, nos termos da legislação vigente;

II - Os transplantes de outros órgãos somente terão cobertura, a partir da regulamentação, por parte do Conselho Deliberativo, do respectivo Programa de Cobertura de Despesas com Transplantes, que deve estabelecer a forma de operacionalização, os valores, percentuais de co-participação ou franquia, bem como indicar as fontes de custeio integrais, cujos valores deverão estar consignados no Plano de Custeio Anual do exercício ou competência em que existir recursos para tais fins;

III - A Cobertura de Procedimentos Especiais, assim entendidos como transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID 10, englobará todos os Atendimentos Clínicos ou Cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, de acordo com as seguintes condições:

a) Em ambiente ambulatorial, haverá as seguintes coberturas:

- Cobertura integral para o atendimento às emergências, quais sejam, as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e

- auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- Cobertura integral para paciente psiquiátricos em crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissional da Área da Saúde Mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano calendário.
- b) Em ambiente hospitalar, haverá as seguintes coberturas:
- Cobertura do Custeio Integral de 60 (sessenta) dias de internação, por ano calendário, em hospital psiquiátrico (em unidade ou enfermaria psiquiátrica), ou hospital geral somente em casos que não houver hospital especializado, no município, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
 - Cobertura do Custeio Integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano calendário, em hospital geral, somente em casos que não houver hospital especializado no município, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
 - Cobertura de 08 (oito) semanas, por ano calendário, de tratamento em regime de hospital-dia;
 - A cobertura de que trata o subitem anterior passa a ser de até 180 (cento e oitenta) dias, por ano calendário, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10;
 - Cobertura de parte do Custeio nas despesas incorridas com internação nos casos em que o (s) período (s) destas sejam superiores aos prazos definidos nos subitens '2.1', '2.2' e '2.3' anteriores até o limite de dias equivalente a 1/3 (um terço) daqueles prazos no transcorrer de um mesmo ano calendário, devendo o restante ser pago, a título de co-participação, pelo Associado, por sua própria utilização ou de qualquer de seus Dependentes, nos termos deste Regulamento, sendo estes valores estabelecidos segundo as normas da Diretoria Executiva, por meio de Resoluções com base em Estudos Atuariais;
 - Cobertura de parte do Custeio nas despesas incorridas com internação nos casos em que o(s) período(s) destas seja(m) superior(s) aos prazos definidos no subitem anterior, até o limite total de 60 (sessenta) dias, no transcorrer de um mesmo ano calendário, devendo o restante ser pago, a título de co-participação, pelo Associado, por sua própria utilização ou de qualquer de seus Dependentes, nos termos deste Regulamento, sendo estes valores estabelecidos segundo as Normas da Diretoria Executiva, por meio de Resoluções com base em Estudos Atuariais;
 - O limite total de 60 (sessenta) dias, no transcorrer de um mesmo ano calendário, não se aplica aos casos de internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas, aplicando-se, entretanto, ao Associado as regras de co-participação definidas neste item e em seus subitens "2.5" e "2.6", por sua própria utilização ou de qualquer de seus Dependentes, nos termos deste Regulamento;
 - A cobertura das internações descritas no item 2 deste artigo estará limitada a internações em apartamento duplo.

CAPÍTULO IV

DAS COBERTURAS

Art. 14. As coberturas de serviços do Plano compreendem:

- I - Despesas integrais com tratamentos clínicos ou cirúrgicos, inclusive obstétricos, e medicamentos (desde que nacionais ou nacionalizados) quando os mesmos forem realizados em regime de internação;
- II - As despesas com órtese e prótese serão cobertas integralmente, observando-se sempre o menor custo e melhor qualidade das mesmas, através de aprovação do médico –auditor da Celgmed;
- III - Nos casos em que houver imposição do médico-assistente para aplicação de material de maior custo, somente será autorizada a sua substituição, mediante parecer fundamentado do médico-auditor da Celgmed;
- IV - Havendo opção por parte do Associado no uso do material de maior custo, contrariando o parecer do médico-auditor, a diferença financeira será de sua total responsabilidade;
- V - A cobertura dos gastos com consultas médicas, exames complementares, em regime ambulatorial, será definida em Resoluções da Diretoria Executiva, com base em Estudos Atuariais, sendo os valores restantes, de responsabilidade do Associado, a título de co-participação;
- VI - Cobertura de remoção, nas seguintes situações:

- I - Depois de realizados os atendimentos classificados como urgência, emergência ou não, quando caracterizada, pelo Médico Assistente, a necessidade de remoção por falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- II - Para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento, caso o Associado esteja em período de carência;
- III - 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.

Parágrafo Primeiro - As despesas com a Assistência à Saúde aos Associados, sobre as quais estão previstas as co-participações, serão pagas ao fornecedor do serviço diretamente pela Celgmed, devendo posteriormente ser procedida a cobrança dos valores devidos pelo Associado, a título de co-participação, de acordo com as normas a serem expedidas pela Celgmed, inclusive para atendimentos efetuados pelo SUS.

Parágrafo Segundo - Serão suspensas as coberturas objeto deste Regulamento aos Associados que se tornarem inadimplentes com a Celgmed por 60 dias consecutivos ou não, contados a partir da data em que as mensalidades, contribuições, amortizações ou co-participações forem devidas.

Art. 15. Os exames complementares relacionados, solicitados pelo Médico Assistente, durante a internação, serão integralmente cobertos pela Celgmed, desde que se atenham à patologia que motivou a internação.

Art. 16. Os procedimentos cirúrgicos deverão ser programados com antecedência mínima de 5 (cinco) dias, desde que não sejam afetados os riscos de Saúde do paciente - casos de urgência e emergência - e os limites de segurança operacionais deste Plano, nos termos da Legislação vigente.

Art. 17. 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 realização ou da exigência de Perícia Médica.

Art. 18. A participação de mais de uma equipe profissional no mesmo evento somente será autorizada, quando solicitada previamente, mediante apresentação de laudo fundamentado, exceto em casos de urgência.

Art. 19. Estão cobertas as despesas hospitalares, até os limites estabelecidos nas Tabelas adotadas pela Celgmed, de acordo com a natureza da doença ou com o porte da cirurgia, assegurando-se aos Associados os seguintes direitos:

- I - Internação em apartamento individual com banheiro privativo;
- II - Despesas com acomodação e alimentação, fornecidas pelo hospital, para um acompanhante do menor de 18 (dezoito) anos;
- III - Despesas com acomodação e alimentação, fornecidas pelo hospital, para um acompanhante dos maiores de 60 (sessenta) anos, desde que seja solicitado pelo profissional de Saúde e autorizado pela Celgmed;
- IV - Unidade de Terapia Intensiva;
- V - Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento de pacientes especiais internados;
- VI - Alimentação dietética ou especial, quando indicada, até a alta hospitalar;
- VII - Medicamentos, anestésicos e oxigênio, até a alta hospitalar.

Art. 20. As autorizações para os atendimentos médico-hospitalares só serão emitidas pela Celgmed, mediante laudo médico em formulário apropriado, com indicação da internação, anexando-se ao referido documento os resultados dos exames complementares que identificarem diagnósticos e os pré-operatórios considerados indispensáveis, bem como a menção a equipamentos, materiais ou medicamentos especiais a serem utilizados nos procedimentos objetos da solicitação de autorização.

Parágrafo Primeiro - Nas autorizações, a Celgmed poderá propor, sem que resulte em prejuízo no atendimento do Associado, os materiais, equipamentos ou medicamentos alternativos a serem utilizados nos procedimentos objetos da solicitação.

Parágrafo Segundo - Em caso de opção, por parte do Associado, por material de custo superior à tabela praticada pela Celgmed, o pagamento da diferença será de inteira responsabilidade do mesmo.

Art. 21. O Associado ou seu Dependente que for internado deverá, obrigatoriamente, assinar a Guia de Internação, confirmando a sua exatidão. As diferenças que forem verificadas entre os valores autorizados e os efetivamente cobrados pelo prestador de serviços ou entidade hospitalar serão glosadas.

Art. 22. As internações hospitalares deverão ter autorização prévia, exceto os casos de urgência ou emergência, quando a mesma deverá ser comunicada à Celgmed no 1º (primeiro) dia útil após a internação.

Art. 23. Eventual prorrogação do procedimento médico-hospitalar está condicionada à apresentação de laudo fundamentado pelo Médico Assistente à Auditoria Médica da Celgmed.

Art. 24. Não serão autorizadas 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, cuja definição, na dúvida, far-se-á mediante perícia médica.

Art. 25. Serão de total responsabilidade do Associado titular:

- I - As despesas de hospitalização após a alta concedida pelo Médico Assistente;
- II - Os gastos extraordinários, tais como alimentação não incluída na dieta hospitalar, bebidas, telefonemas, complementação de diária devido a opcionais;
- III - 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;
- IV - Diárias de apartamentos ocupados por acompanhante, quando o paciente estiver internado em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI.

Art. 26. A Celgmed autoriza, automaticamente, a realização de uma visita médico-hospitalar, por dia, pelo Médico Assistente.

Art. 27. Nos atendimentos de recém-nascido, serão permitidas, sem prévia autorização, no máximo, 3 (três) visitas hospitalares do pediatra.

Art. 28. A necessidade de um ou mais especialistas, se houver, deverá ser justificada pelo Médico Assistente, não se admitindo, porém, concomitantemente, mais de um médico por especialidade.

Art. 29. A Assistência ao Parto e ao Puerpério imediato é restrita à Associada Titular e às Dependentes regularmente inscritas nas condições previstas no Estatuto e neste Regulamento.

Art. 30. 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.

CAPÍTULO V

DAS DESPESAS EXCLUÍDAS

Art. 31. Estão excluídas das coberturas deste Regulamento, as seguintes despesas:

- I - Tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não nacionalizados, bem como cirurgias não éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e controle da natalidade;
- II - Tratamento odontológico, lesões traumáticas bucodentárias, ainda que decorrentes de acidentes pessoais, exceto se for exigida cirurgia realizada em ambiente hospitalar;
- III - Enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- IV - Cirurgias plásticas que não sejam reparadoras nem sejam decorrentes de acidentes pessoais, 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;
- V - Despesas extraordinárias e de acompanhamento em internação hospitalar, exceto nos casos previstos neste Regulamento;
- VI - Aparelhos estéticos e/ou destinados à substituição ou complementação de função, inclusive prótese e órtese de qualquer natureza, exceto quando indispensáveis à sobrevivência do paciente e decorrente de intervenção cirúrgica;
- VII - Quaisquer atendimentos em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamentos coletivos,

- ou quaisquer outras causas que atinjam maciçamente os Associados da Celgmed e/ou as emanções nucleares ou ionizantes;
- VIII - Imunoterapia, exceto campanhas;
 - IX - Transplantes e implantes, exceto de rim e córnea, desde que não cobertos pelo programa de cobertura de despesas com transplantes;
 - X - Consultas ou atendimentos domiciliares;
 - XI - Vacinas e outros medicamentos, fora da internação hospitalar, exceto em caso de campanhas desenvolvidas pela Celgmed;
 - XII - Exames de comprovação de paternidade.

Parágrafo Único - Sempre que houver nova regulamentação para exclusões e inclusões, definida pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), a Celgmed poderá, a seu critério, alterar a relação constante neste Regulamento.

CAPÍTULO VI

DAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO

Art. 32. A Assistência à Saúde deste Plano será prestada por Empresas e Profissionais Médicos Especializados, dentro das seguintes modalidades:

- I - Contrato ou credenciamento;
- II - Livre escolha;
- III - Convênio.

Parágrafo Primeiro - Para atendimento sob a modalidade de credenciamento, o Associado deverá dirigir-se diretamente às empresas e/ou profissionais credenciados para atendimentos médicos, hospitalares, perante os quais se identificará, obrigatoriamente, mediante a apresentação do cartão de identificação da Celgmed e documento comprobatório da identidade pessoal, observado o seguinte:

- I - Para a obtenção de informações sobre a rede de credenciados da Celgmed, o Associado deverá utilizar os serviços de Atendimento e Orientação ou acessar o site via internet (www.celgmed.com.br);
- II - No regime de Credenciamento, a Assinatura do Associado, Dependente ou responsável, na guia de consulta e/ou de serviços, autoriza o pagamento direto ao credenciado, bem como assume sua co-participação, quando for o caso;
- III - As contas hospitalares deverão ser conferidas e vistas pelo Associado, Dependente ou responsável;
- IV - A Celgmed não se responsabilizará por Ato, opinião, atendimento, tratamento, procedimento médico ou hospitalar, acidente ou não, cirúrgico ou não, de iniciativa dos prestadores de serviços credenciados.

Parágrafo Segundo - No regime de livre escolha, o Associado efetuará, diretamente ao prestador do serviço, o pagamento dos gastos e solicitará à Celgmed, posteriormente, o ressarcimento a que fizer jus, mediante encaminhamento das vias originais da documentação necessária, devidamente quitada, em nome do Associado, respeitadas as tabelas e normas estabelecidas pela Celgmed.

Parágrafo Terceiro - Incidem os percentuais de co-participação, inclusive, nas despesas relativas aos procedimentos realizados no regime de livre escolha.

Parágrafo Quarto - No regime de convênio de parceria, o Associado apresentará documento comprobatório de identificação pessoal e efetuará pagamento diretamente ao profissional, conforme valor acordado.

Art. 33. A Celgmed se responsabilizará pelo pagamento dos gastos decorrentes do efetivo atendimento ou prestação dos serviços cobertos por este Plano, levando posteriormente a débito, se possível, em folha de pagamento, cobrança através de boleto bancário ou débito em conta-corrente de cada Associado Titular o valor da respectiva participação na despesa incorrida, sendo vedado ao prestador do serviço cobrar qualquer valor ou honorários do Associado, salvo nos casos previstos no artigo 25.

Art. 34. O Associado, em qualquer circunstância, é o responsável exclusivo pela comprovação das despesas, cabendo-lhe a conferência da exatidão das faturas quanto à natureza dos serviços, assinando as guias de atendimento médico e/ou hospitalar, representando para a Celgmed:

- I - Pedido de concessão do serviço de Assistência à Saúde;
- II - Autorização para desconto em folha de pagamento ou apresentação direta da cobrança correspondente ao débito do Associado da quantia relativa à sua participação nas despesas efetuadas;
- III - Autorização para que sejam descontadas ou cobradas, de uma só vez, as despesas que não sejam por suas características objeto do serviço de assistência à saúde;
- IV - Autorização para o encaminhamento da cópia do prontuário para a Celgmed.

Art. 35. Nos pedidos de reembolso das despesas deverão estar anexados os documentos, segundo o disposto em regulamentação da Diretoria Executiva, sem prejuízo de outros que forem exigidos, em caráter excepcional.

Art. 36. Serão indeferidos os pedidos de reembolso no regime de livre escolha cujos comprovantes não sejam os originais ou que contenham emendas ou rasuras, ou ainda, que estejam ilegíveis ou com dupla grafia ou quando suscitem suspeitas de fraude.

Art. 37. Para todos os atendimentos prestados no país, sob a modalidade de livre escolha, deverá o Associado, após a quitação das despesas, deverá ser encaminhar toda a documentação à Celgmed, com indicação do tratamento realizado para análise e reembolso a que fizer jus, no prazo de 90 (noventa) dias corridos, a contar da data da realização do procedimento, sendo o pagamento efetuado até 30 (trinta) dias após a data de protocolo na Celgmed.

Art. 38. A Celgmed, sempre que julgar necessário poderá encaminhar o Associado a profissional de sua escolha para perícia.

CAPÍTULO VII

CARÊNCIA DO INÍCIO DA COBERTURA

Art. 39. As regras relativas ao cumprimento de carência, são as seguintes:

Parágrafo Primeiro - Os Associados não estão sujeitos ao cumprimento de carência, se:

- I - Sua inclusão ocorrer no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, contados da data de admissão do Associado Titular;
- II - Forem estabelecidas "campanhas" para Adesão de Associados, respeitados os prazos e condições da mesma;
- III - O Associado Pensionista de que trata o artigo 3º, inciso II deste Regulamento, poderá ser inscrito sem a exigência do cumprimento de carência, se

sua inclusão ocorrer no período de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do óbito do associado;

IV - O filho recém-nascido, natural ou adotivo, do Associado Titular, cuja inclusão for solicitada no prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do nascimento ou da adoção;

V - Poderão ser incluídos neste Plano, na qualidade de Dependentes, sem carências ou aproveitando o prazo de carência já cumprido pelo Associado Titular, e desde que a solicitação seja feita no prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data em que ocorrer o fato abaixo mencionado:

- cônjuge: data do casamento civil;
- Companheiro: comprovação da união estável;
- enteado: data do nascimento, adoção ou declaração judicial de curatela e comprovação da guarda pelo cônjuge ou companheiro;
- filho curatelado: data da declaração judicial da curatela;
- tutelado: data de declaração judicial da tutela;
- filho reconhecido: data do trânsito em julgado da sentença ou da manifestação de vontade nas demais hipóteses previstas em lei;
- filho adotivo maior de 12 anos: data da adoção.

Parágrafo Segundo - O filho adotivo do Associado Titular, menor de 12 (doze) anos, poderá ser inscrito como dependente, a qualquer tempo, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo Associado adotante.

Parágrafo Terceiro - Os Associados que forem incluídos fora dos prazos e condições acima terão de cumprir integralmente os prazos de carência mencionados no artigo 41.

Art. 40. Os Serviços de Assistência à Saúde, garantidos pela Celgmed, somente terão efeito a partir do deferimento do pedido de inscrição, e quando for o caso, do cumprimento da respectiva carência.

Parágrafo Único - A administração da Celgmed tem o prazo de 15(quinze) dias para se manifestar sobre o pedido de inscrição.

Art. 41. Cumprirão carência para usufruir dos Serviços de Assistência à Saúde, os Associados titulares e seus Dependentes nos seguintes casos e períodos:

I - Associados:

- a) 3 (três) meses, quando o Associado se inscrever após o prazo estabelecido no Estatuto da Celgmed;
- b) 6 (seis) meses, quando o Associado excluído reingressar ao quadro social;
- c) 10 (dez) meses, para os casos obstétricos, para todas as Associadas e Dependentes principais que se inscreverem após o prazo estabelecido no Estatuto da Celgmed, a partir da efetiva inscrição.

II - Dependentes:

- a) Quando o Dependente for inscrito simultaneamente com o Associado, os mesmo prazos definidos para este;
- b) 3 (três) meses, quando o Dependente for inscrito após o prazo estabelecido no Estatuto da Celgmed;
- c) 6 (seis) meses, quando o Dependente excluído reingressar ao quadro social;
- d) 10 (dez) meses, para os casos obstétricos, para todas as dependentes especiais.

Parágrafo Único - Decorridas às 24 horas de sua inscrição, previstas em lei, os casos de urgências e emergências não estão sujeitos a qualquer período de carência para as primeiras doze horas de atendimento.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 42. A cobertura por atendimento domiciliar, excluída conforme dispõe o art. 31, incisos X e IX, deste Regulamento, poderá ser abrangida após implantação e regulamentação pela Celgmed.

Art. 43. Os Serviços de Assistência à Saúde de que trata este Regulamento somente terão cobertura onde houver Rede Credenciada, devendo ser ressarcidos, através do sistema de reembolso, despesas incorridas na Assistência à Saúde dos Associados deste Plano, no âmbito do Território Nacional.

Parágrafo Único - Havendo cobertura da Celgmed, em outras unidades da federação, através de congêneres conveniadas ou redes credenciadas, poderá o Associado deste Plano optar pela utilização do convênio, se julgar que lhe é mais favorável.

Art. 44. O uso indevido dos serviços cobertos por este Plano sujeitará o Associado a sanções disciplinares e ao pagamento integral dos gastos que efetuar, sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, nas Normas Operacionais, Estatuto da Celgmed ou neste Regulamento.

Art. 45. A utilização de benefícios após o desligamento do Associado será considerada indevida, respondendo o mesmo pelos gastos integrais, inclusive os realizados pelos seus Dependentes.

Art. 46. Quando o Associado utilizar-se de qualquer outro PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ao qual esteja vinculado, e que lhe ofereça coberturas parciais em relação a este Plano, é assegurado o direito de cobertura da diferença de despesas com internações, exames, honorários e demais Serviços de Assistência à Saúde, cobertos por este Plano, desde que previamente autorizada a prestação dos serviços pela Celgmed, sempre de acordo com este Regulamento, demais normas expedidas pelo Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva da entidade, bem como as tabelas adotadas pela mesma.

Art. 47. O não cumprimento das Normas ora estabelecidas eximem a Celgmed de qualquer responsabilidade quanto às despesas advindas de procedimentos contrários aos dispositivos regulamentares.

Art. 48. Em caso de extravio do cartão de identificação do usuário (associado e/ou dependente) do Plano Celgmed, para emissão da 2ª via, será exigida pela Celgmed declaração do Associado se responsabilizando pelo reembolso em caso de utilização por terceiros.

Parágrafo Único - Para o fornecimento da 2ª via do Cartão de Identificação do Usuário do Plano, a Celgmed cobrará uma taxa no valor a ser estabelecido pela Diretoria da mesma.

Art. 49. O superávit oriundo do bom desempenho financeiro ou de Fundos constituídos pela Celgmed será transferido para o Fundo Assistencial, segundo critérios Atuariais, ouvido o Conselho Deliberativo e a Diretoria Executiva.

Art. 50. O associado que se sentir prejudicado no exame de pedido de auxílio poderá encaminhar recurso à Celgmed, desde que apresente novos elementos informativos ou técnicos.

Art. 51 - Este Regulamento entrará em vigor a partir de 1º de janeiro de 2007, nos termos do Estatuto da Celgmed.

Goiânia, 20 de dezembro de 2006.

Regulamento aprovado pelo Conselho Curador, conforme ata de reunião extraordinária realizada no dia 20 de dezembro de 2006.

Regulamento registrado no 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia – Protocolo – 594506 – 16/01/2007