

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III****CAPÍTULO I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA E DAS PATROCINADORAS****Seção I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE AUTOGESTÃO**

Art.1º. FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, pessoa jurídica de direito privado, entidade fechada de previdência privada, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 75.054.940/0001- 62, com sede na cidade de Curitiba/PR, na Rua Treze de Maio, nº 616, bairro São Francisco, CEP: 80510-030, doravante denominada simplesmente **FUNDAÇÃO COPEL**, com as seguintes características:

- I. registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº35515-1;
- II. classificada na modalidade de autogestão multipatrocinada, sem mantenedor; e,
- III. entidade que oferta e administra o Plano de Assistência à Saúde, doravante denominado **PROSAÚDE III**.

Seção II - QUALIFICAÇÃO DAS PATROCINADORAS

Art. 2º. A contratação do **PROSAÚDE III** é feita por meio de Convênio de Adesão firmado entre a **FUNDAÇÃO COPEL** e as Empresas Patrocinadoras abaixo qualificadas:

- I. **COMPANHIA PARANAENSE DE ENERGIA – COPEL**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade de economia mista, com sede na Rua Coronel Dulcídio, nº 800, Batel, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 76.483.817/0001- 2, denominada **COPEL**;
- II. **COMPANHIA GERAÇÃO E TRANSMISSÃO S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade anônima com sede na Rua José Izidoro Biazetto, nº 158, Mossunguê, Bloco A, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.370.282/0001-70, denominada **COPEL GET**;
- III. **COPEL DISTRIBUIÇÃO S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade anônima com sede na Rua José Izidoro Biazetto, nº 158, Mossunguê, Bloco C, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.368.898/0001-06, denominada **COPEL DIS**;
- IV. **COPEL TELECOMUNICAÇÕES S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade anônima com sede na Rua José Izidoro Biazetto, nº 158, Mossunguê, Bloco A, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.368.865/0001-66, denominada **COPEL TELECOMUNICAÇÕES**;
- V. **COPEL COMERCIALIZAÇÃO S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade anônima com sede na Rua José Izidoro Biazetto, nº 158, Mossunguê, Bloco A, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 19.125.927/0001-86, denominada **COPEL COMERCIALIZAÇÃO**;

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

VI. **COPEL RENOVÁVEIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade anônima com sede na Rua José Izidoro Biazzetto, nº 158, Mossunguê, Bloco A, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 19.126.003/0001-02, denominada **COPEL RENOVÁVEIS**;

VII. **INSTITUTO DE TECNOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO – LACTEC**, associação civil sem fins lucrativos, com sede na BR 116, km 98, s/nº, Curitiba/PR, inscrito no CNPJ/MF sob nº. 01.715.975/0001-69, denominado **LACTEC**;

VIII. **COMPANHIA PARANAENSE DE GÁS – COMPAGÁS**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida João Gualberto, nº 1.000, 11º andar, Alto da Glória, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.535.681/0001-92, denominada **COMPAGÁS**;

IX. **TRADENER LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, sociedade por quotas de responsabilidade limitada, com sede na Rua Visconde do Rio Branco, nº 1680, 3º andar, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.691.745/0001-70, denominada **TRADENER**;

X. **USINA ELÉTRICA A GÁS DE ARAUCÁRIA – UEG ARAUCÁRIA**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na rua Visconde do Rio Branco, nº 1341, 9º andar, Curitiba/PR, CNPJ nº 02.743.574/0001-84, denominada **UEGA**;

XI. A própria **FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL**, pessoa jurídica de direito privado, entidade fechada de previdência privada, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 75.054.940/0001-62, com sede na Rua Treze de Maio, nº 616, bairro São Francisco, Curitiba/PR, denominada simplesmente **FUNDAÇÃO COPEL**.

CAPÍTULO II - OBJETO DO PROSAÚDE III

Art. 3º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art.1º da Lei nº. 9.656/98, visando assistência médica, hospitalar com obstetrícia e odontológica, aos Beneficiários inscritos, com as seguintes características:

I. Serviços prestados por prazo indeterminado, sem limites financeiros, abrangendo as coberturas descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no Rol de Procedimentos Odontológicos editados pela ANS, vigentes à época do evento, com cobertura para todas as doenças listadas no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), além das coberturas e benefícios adicionais conforme disposto nesse Regulamento;

II. Regulamento, com características de contrato por adesão, bilateral, na forma do Código Civil Brasileiro, bem como ao contido na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

nas Leis Complementares nºs 108 e 109, de 21 de maio de 2001, assumindo os Beneficiários, o risco de não existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **FUNDAÇÃO COPEL** em garanti-la;

III. O **PROSAÚDE III** rege-se pelo presente Regulamento e pelas demais normas aplicáveis, sendo que seus Beneficiários, no ato da adesão, expressam pleno conhecimento e concordância com os termos deste Regulamento.

CAPÍTULO III - CARACTERÍSTICAS DO PROSAÚDE III

Art. 4º. São características do **PROSAÚDE III** de que trata este Regulamento:

- I. Nome comercial **PROSAÚDE III**, registrado na ANS sob nº. 475.211-15/2, com data de registro e autorização em 21/12/2015;
- II. Plano de Assistência à Saúde do tipo COLETIVO EMPRESARIAL;
- III. Os benefícios oferecidos são da segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia, além de coberturas adicionais, em conformidade com este Regulamento;
- IV. A abrangência geográfica do **PROSAÚDE III** - área em que a **FUNDAÇÃO COPEL** fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Beneficiário - limita-se ao Estado do Paraná, em todos os seus municípios;
- V. Padrão de Acomodação em Internação: apartamento individual.

Parágrafo Único – O **PROSAÚDE III** assegurará, adicionalmente, as coberturas de assistência à saúde para o Beneficiário que se encontrar fora do Estado do Paraná, por meio de convênio de reciprocidade, desde que esteja provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, de acordo com o disposto no §2º, da RN 137/2006 e suas alterações.

CAPÍTULO IV – DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA INSCRIÇÃO NO PROSAÚDE III

Art. 5º. O **PROSAÚDE III** destina-se às pessoas com relação empregatícia ou estatutária, demitidos ou aposentados das Patrocinadoras, ainda, aos inscritos nos Planos de Benefícios Previdenciários administrados pela FUNDAÇÃO COPEL, bem como seus Dependentes, obedecendo ao disposto no artigo 2º, inciso II, da RN 137/2006 e suas alterações, e no artigo 5º, caput e parágrafo 1º, da RN 195/2009 e suas alterações.

§1º. A adesão ao **PROSAÚDE III** é opcional e espontânea, dentro dos critérios de



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

participação e de dependência previstos neste Regulamento, bem como a adesão do grupo familiar dependerá da inscrição do Beneficiário Titular no **PROSAÚDE III**.

§2º. A adesão e manutenção do Beneficiário Titular e de seus Dependentes no **PROSAÚDE III** dependerá de prévia inscrição destes em qualquer um dos Planos Previdenciários administrados pela FUNDAÇÃO COPEL, com exceção do previsto na Seção II deste Capítulo.

Seção I - CLASSIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E DA INSCRIÇÃO

Art. 6º. Os Beneficiários classificam-se em:

I. Beneficiários Titulares: aqueles que se encontram em uma das seguintes condições:

- a) Empregados ativos das Patrocinadoras, devidamente inscritos em qualquer um dos planos previdenciários administrados pela FUNDAÇÃO COPEL;
- b) Aposentados pela FUNDAÇÃO COPEL;
- c) Diretores, Membros dos Conselhos de Administração e Fiscal, e demais administradores das Patrocinadoras, que não possuem vínculo de emprego;
- d) Ex-empregados que em decorrência de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa mantenham-se na qualidade de autopatrocinado ou vinculado, na forma do Regulamento dos Planos Previdenciários optando pela permanência no **PROSAÚDE III**;
- e) Ex-empregados que em decorrência de rescisão do contrato de trabalho por demissão sem justa causa ou aposentados pelo INSS que façam sua opção pela permanência no **PROSAÚDE III**, observando a Seção II, deste Capítulo;

II. Beneficiários Dependentes, desde que o Beneficiário Titular esteja devidamente inscrito no **PROSAÚDE III**:

- a) Cônjuge ou companheiro(a) observado o disposto no parágrafo segundo deste artigo;
- b) Pensionista pela FUNDAÇÃO COPEL, observado o disposto no parágrafo 3º do art. 8º;
- c) Recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;
- d) Filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante;

- e)** filhos solteiros e enteados solteiros até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- f)** filhos e enteados não enquadrados nas alíneas "e" e "g", com limite de idade até 39 (trinta e nove) anos incompletos, mediante pagamento integral do valor da mensalidade de responsabilidade do Beneficiário Titular;
- g)** filhos solteiros com invalidez permanente, desde que reconhecida até os 21 (vinte e um) anos incompletos, mediante perícia médica a ser determinada pela FUNDAÇÃO COPEL ou pela Previdência Social;
- h)** menores de 18 (dezoito) anos, solteiros, sob guarda ou tutela, comprovados por documento legal;
- i)** ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) quando o Beneficiário Titular manifestar-se formalmente junto ao **PROSAÚDE III** pela manutenção da inscrição, condicionada à manutenção de um único ex-cônjuge ou ex-companheiro(a).

§1º. Não será permitida a permanência no **PROSAÚDE III** de ex-empregados das patrocinadoras demitidos por justa causa, ainda que aposentados pela **FUNDAÇÃO COPEL**.

§2º. Não é permitida a inclusão de um segundo cônjuge ou companheiro quando houver um primeiro já cadastrado junto a **FUNDAÇÃO COPEL**, mesmo que desta nova relação existam filhos.

§3º Somente é possível a inscrição de enteados, nos casos em que o cônjuge/companheiro(a) do Beneficiário Titular esteja devidamente inscrito(a) no **PROSAÚDE III**.

Art. 7º. A inscrição no **PROSAÚDE III** como Beneficiário Titular ou Dependente, é condição essencial à obtenção dos benefícios assegurados por este Regulamento, com atendimento a todas as condições de adesão aqui tratadas.

§1º. O Beneficiário Titular é responsável pela inscrição e pelos atos praticados por seus Dependentes.

§2º. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PROSAÚDE III**, no caso de rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário e de seus Dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que se mantenha na condição de Participante de qualquer um dos planos previdenciários da **FUNDAÇÃO COPEL** e manifeste formalmente sua vontade,

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

assumindo o pagamento integral das mensalidades, sem prejuízo do disposto na Seção II deste Capítulo.

Art. 8º. O Beneficiário que alterar sua condição para Aposentado, Pensionista, Vinculado ou Autopatrocinado, desde que inscrito em um dos planos previdenciários administrados pela FUNDAÇÃO COPEL, além de seus Dependentes, deverá fazer nova inscrição no **PROSAÚDE III**, sem o cumprimento de carências, no prazo máximo de:

- a) 30 (trinta) dias para Aposentado, Vinculado ou Autopatrocinado; e
- b) 30 (trinta) dias para Pensionista, a contar do desligamento da Patrocinadora ou do óbito do Titular.

§1º. Após o prazo fixado neste artigo, ocorrerá o cancelamento do **PROSAÚDE III** do Beneficiário e de seu grupo familiar, arcando o mesmo integralmente com o ônus decorrentes da mensalidade e da coparticipação deste período.

§2º. Após o cancelamento na situação acima descrita, o Beneficiário poderá requerer novo pedido de inscrição, porém, sujeitando-se ao cumprimento dos períodos de carência previstos neste Regulamento.

§3º. O Pensionista somente poderá alterar o grupo familiar para inclusão de novo filho, no caso de gestação em curso na época do falecimento do Beneficiário Titular.

§4º. O Pensionista somente poderá tornar-se Beneficiário do **PROSAÚDE III**, desde que já esteja inscrito no plano de saúde antes do óbito do Beneficiário Titular.

Art. 9º. A adesão ao **PROSAÚDE III** é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento, através da formalização e assinatura do Pedido de Inscrição, e implica na autorização para desconto em folha de pagamento, ou boletos bancários, referente às mensalidades e percentuais dos fatores moderadores da utilização, enquanto permanecer inscrito no **PROSAÚDE III**.

Seção II – DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PROSAÚDE III PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADO PELO INSS.

Art. 10. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PROSAÚDE III**, em decorrência de vínculo mantido junto às Patrocinadoras, no caso de demissão sem causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com as Patrocinadoras, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal e acrescido do valor de responsabilidade das Patrocinadoras, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação da

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

ANS.

§1º. O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de permanência no **PROSAÚDE III**, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§2º. A manutenção no **PROSAÚDE III** é extensiva, obrigatoriamente, a todos os Beneficiários Dependentes.

§3º. Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes inscritos no **PROSAÚDE III**, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Titular, desde que assumam o pagamento integral da contribuição mensal, bem como suas coparticipações.

§4º. Na hipótese do Beneficiário Titular permanecer inscrito em um dos planos previdenciários administrados pela **FUNDAÇÃO COPEL** e no **PROSAÚDE III** e decidir pelo cancelamento da previdência, é assegurada a manutenção no plano de saúde até o cumprimento dos prazos previstos no §1º deste artigo, abatendo-se o tempo já transcorrido a partir de sua demissão sem justa causa.

§5º. O direito de manutenção no **PROSAÚDE III** deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo Emprego ou cargo público, assim entendido como novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex- empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, sendo que a comunicação do fato à **FUNDAÇÃO COPEL** será de responsabilidade do Beneficiário Titular.

§6º. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extinguirá na hipótese de cancelamento do **PROSAÚDE III** pelas Patrocinadoras.

§7º. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário do **PROSAÚDE III** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§8º. Feita a opção, o beneficiário deverá comparecer na **FUNDAÇÃO COPEL**, dentro do prazo descrito no parágrafo anterior, para formalizar a sua adesão, sob pena de extinção do benefício.

§9º O disposto no caput e em seus parágrafos também se aplicam as situações de

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

licença sem remuneração.

Art. 11. É assegurado ao Aposentado pelo INSS que não estiver vinculado a nenhum dos planos previdenciários administrados pela FUNDAÇÃO COPEL e que contribuiu para planos de saúde contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§1º. Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior estabelecido no caput, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição de Plano de Saúde, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal e acrescido do valor de responsabilidade das Patrocinadoras, bem como sua coparticipação, obedecido ao disposto no art. 31 da Lei nº. 9.656/98 e regulamentação da ANS.

§2º. A manutenção no **PROSAÚDE III** é extensiva, obrigatoriamente, a todos os Beneficiários Dependentes.

§3º. Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes inscritos no **PROSAÚDE III**, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Titular, desde que assumam o pagamento integral da contribuição mensal bem como suas coparticipações.

§4º. O direito de manutenção no **PROSAÚDE III** continuará existindo ainda que o Beneficiário Titular seja admitido em novo emprego, assim entendido como novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, sendo que a comunicação do fato à FUNDAÇÃO COPEL será de Responsabilidade do Beneficiário Titular.

§ 5º. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extinguirá na hipótese de cancelamento do **PROSAÚDE III** pelas Patrocinadoras.

§ 6º. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário do **PROSAÚDE III** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§ 7º. Feita a opção, o beneficiário deverá comparecer na FUNDAÇÃO COPEL, dentro do



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

prazo mencionado no parágrafo anterior, para formalizar a sua adesão, sob pena de extinção do benefício.

Art. 12. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99 e suas eventuais alterações.

Seção III – DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO AO PROSAÚDE III

Art. 13. Aqueles que se classificam como Beneficiários elencados no art. 6º deste Regulamento poderão requerer sua inscrição encaminhando o Pedido de Inscrição, bem como a cópia dos seguintes documentos devidamente atualizados:

- a) Carteira de Identidade;
- b) CPF;
- c) Certidão de Nascimento ou de Casamento;
- d) Certidão de casamento com averbação de divórcio/separação/óbito, se for o caso;
- e) Cartão Nacional de Saúde;
- f) Declaração particular conjunta de vida em comum registrada em cartório ou declaração conjunta/escritura pública de convivência, no caso de inscrição de companheiro(a), de acordo com o estado civil do Beneficiário Titular;
- g) Declaração de dissolução de união estável registrada em Cartório, se for o caso;
- h) Termo de guarda ou tutela do menor onde conste o nome do Beneficiário Titular como tutor ou responsável pelo mesmo, através de comprovação judicial;
- i) qualquer outro documento exigido pela legislação.

CAPÍTULO V - PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I - CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO TITULAR

Art.14. Os Beneficiários Titulares serão excluídos do **PROSAÚDE III** nas seguintes ocorrências:

- I. A qualquer tempo, havendo solicitação por escrito, assinada pelo Beneficiário Titular ou seu representante legal;
- II. Na rescisão do contrato de trabalho com a Patrocinadora;
- III. Quando o desligamento do Beneficiário Titular da Patrocinadora tiver

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

ocorrido por Justa Causa;

IV. Quando o Beneficiário Titular não optar pela continuidade do **PROSAÚDE III**;

V. Na exclusão do patrocínio;

VI. Se houver atraso no pagamento das mensalidades e dos valores de coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12(doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência, observado o seguinte:

a) será considerada como inadimplência a existência de débitos acumulados junto à FUNDAÇÃO COPEL por qualquer Beneficiário, provenientes de mensalidades e de coparticipações;

b) inexistindo o pagamento das mensalidades e coparticipações nos seus respectivos meses de competência de cobrança, poderá ser imputada, pelo período da inadimplência, a suspensão ou exclusão das coberturas de benefícios previstas no **PROSAÚDE III estando a sua liberação condicionada ao pagamento das parcelas devidas em atraso;**

c) em caso de exclusão do Beneficiário por inadimplência, o seu retorno e de seus Dependentes estará condicionado ao pagamento do valor total devido, acrescido dos encargos estabelecidos no artigo 125, não havendo cumprimento de novos períodos de carência, desde que o novo pedido de inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias do cancelamento.

VII. Em casos de fraude, devidamente apurados e comprovados em processo administrativo interno, serão aplicadas as penalidades previstas em norma técnica disponibilizada na página eletrônica www.fcopel.org.br, tendo como pena máxima o cancelamento definitivo do **PROSAÚDE III** por decisão da Diretoria Executiva, na forma prevista no Estatuto da **FUNDAÇÃO COPEL** e observada à legislação vigente, além de responder pelos prejuízos causados pela utilização fraudulenta.

Seção II - CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Art. 15. Os Beneficiários Dependentes serão excluídos do **PROSAÚDE III** das seguintes situações:

I. Com a exclusão do Beneficiário Titular ao qual estiver vinculado;



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

II. Quando perderem as condições de elegibilidade apontadas nos artigos 6º e 7º;

III. Quando o Beneficiário Titular solicitar por escrito a exclusão do Dependente;

IV. Em casos de fraude, terá o cancelamento definitivo do **PROSAÚDE III**, devidamente apurada e comprovada em processo administrativo interno, serão aplicadas as penalidades previstas em norma técnica disponibilizada na página eletrônica www.fcopel.org.br, tendo como pena máxima o cancelamento definitivo do **PROSAÚDE III** por decisão da Diretoria Executiva, na forma prevista no Estatuto da FUNDAÇÃO COPEL e observada a legislação vigente, além de o Beneficiário Titular responder pelos prejuízos causados pela utilização fraudulenta.

§1º. No caso de falecimento do Beneficiário Titular, o grupo familiar será excluído automaticamente do **PROSAÚDE III**, devendo ser feita nova inscrição, observando-se o disposto no artigo 9º deste Regulamento.

§2º. A separação e/ou o divórcio do Beneficiário Titular, exclui automaticamente o ex-cônjuge do direito à utilização dos benefícios previstos no **PROSAÚDE III**, podendo o Beneficiário Titular manifestar a permanência daquele, observando-se o disposto no artigo 6º, inciso II, parágrafo 1º, deste Regulamento.

CAPÍTULO VI – DOS BENEFÍCIOS

Art. 16. O **PROSAÚDE III** assegura aos Beneficiários, respeitados os prazos de carência, exclusões e coberturas estabelecidas neste Regulamento, a cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e do Rol de Procedimentos Odontológicos, vigentes à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID10).

§1º. Aplicam-se ainda as diretrizes de utilização para cobertura estabelecidas nas normas da ANS, bem como as coberturas adicionais previstas neste Regulamento.

§2º. O atendimento será assegurado independentemente do local de origem do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste Regulamento.

Seção I - DA COBERTURA AMBULATORIAL

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Art. 17. Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de atendimentos ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas e com nutricionista, serviços de apoio diagnóstico e terapias, bem como procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, conforme a seguir nesta Seção.

Consultas

Art. 18. O **PROSAÚDE III** dará cobertura às consultas médicas e com nutricionista, as quais serão realizadas em consultório ou em clínica básica e especializadas (especialidades médicas), escolhidos entre os inscritos na rede credenciada e/ou referenciada, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, em horário normal de consulta e previamente agendada.

§1º. Quando se tratar de profissional ou instituição credenciada e/ou referenciada, o Beneficiário gozará de livre escolha entre estes.

§2º. Por ocasião do retorno para apresentação de exames, não será cobrada nova consulta, desde que ocorra em até 30 (trinta) dias.

§3º. Poderão ser objeto de cobertura as consultas realizadas em período inferior ao descrito no parágrafo anterior, desde que devidamente justificado pelo médico assistente.

Terapias

Art. 19. Consultas ou sessões de **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**, desde que prescritas pelo médico assistente, com o apontamento do código do procedimento e da justificativa médica para a sua realização, observado o que segue:

I. É necessária à autorização prévia da FUNDAÇÃO COPEL e de reavaliação médica a cada etapa de no máximo 30 (trinta) sessões realizadas;

II. Para tratamentos de caráter contínuo, devidamente justificado pelo médico assistente, e em laudo da avaliação inicial e assim caracterizados por avaliação médica prévia da FUNDAÇÃO COPEL, a necessidade de reavaliação pelo médico assistente pode ser estendida para até 6 (seis) meses, sendo necessária a autorização prévia da FUNDAÇÃO COPEL a cada etapa de no máximo 72 (setenta e duas) sessões realizadas.

III. Consulta com Fisioterapeuta, no máximo de 2 (duas), por ano de contrato, para cada novo CID apresentado pelo paciente ou justificativa médica, e conseqüente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

Art. 20. Avaliação inicial e consultas/sessões de **Psicologia**, em número limitado a 52

12/69

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

(cinquenta e duas) sessões por ano de contrato, desde que prescritas pelo médico assistente, com o apontamento do código do procedimento e da justificativa médica para a sua realização, com necessidade de autorização prévia da FUNDAÇÃO COPEL a cada etapa de no máximo 20 (vinte) sessões realizadas, desde que os critérios estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observando-se, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT).

Art. 21. Sessões de **Psicoterapia**, realizadas tanto por psicólogos como por médicos devidamente habilitados, conforme solicitação e indicação do médico assistente, em número limitado a 18 (dezoito) sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48); pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F51 a F59); pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 a F98); pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F80, F81, F83, F88, F89); pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39); pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19); pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade (CID F60 a F69).

Exames

Art. 22. Cobertura de exames clínicos e ambulatoriais reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, desde que prescritos por médico assistente, com o apontamento do código do procedimento e da justificativa médica para a sua realização, inclusive os exames relacionados ao pré-natal.

§1º. Exames prescritos por cirurgião-dentista, desde que estejam relacionados à patologia que está sendo tratada por esse profissional, sendo necessária a justificativa do mesmo para a sua realização.

§2º. Exames prescritos por Nutricionistas, desde que estejam relacionados ao acompanhamento dietoterápico e com alimentação e nutrição humana, sendo necessária à justificativa do mesmo para a sua realização.

§3º. De forma complementar, será objeto de cobertura os medicamentos ou insumos indispensáveis para a realização de exames, de acordo com recomendação médica.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III****Demais Coberturas Ambulatoriais**

Art. 23. Além das coberturas acima previstas, a cobertura ambulatorial compreende:

I. Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**

II. Ações de planejamento familiar, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, tratada no inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observadas, ainda, as respectivas Diretrizes de Utilização (DUT);

III. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

IV. 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 que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

V. Radioterapia ambulatorial;

VI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;

VII. Hemoterapia ambulatorial;

VIII. Oxigenoterapia hiperbárica, para o tratamento das patologias estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observadas, ainda, as respectivas Diretrizes de Utilização (DUT).

IX. DIU (Dispositivo Intrauterino) com apresentação da solicitação médica, justificativa e indicação do modelo do dispositivo conforme norma técnica na página eletrônica www.fcopel.org.br;

X. Sessões de Escleroterapia, devendo o Beneficiário submeter-se a prévia avaliação médica pericial determinada pela FUNDAÇÃO COPEL, observando-se a franquia e coparticipação nos artigos 98 e 99, respectivamente;

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

XI. Sessões de Acupuntura: Cobertura de sessões, observando-se a franquia e coparticipação nos artigos 98 e 99, respectivamente.

Art. 24. Estão cobertas as cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominadas cirurgias refrativas (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, mediante avaliação médica pericial determinada pela FUNDAÇÃO COPEL e guia de autorização, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0 DC com refração medida através de cilindro negativo, ou,
- b) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com refração medida através de cilindro negativo.

Parágrafo Único. A cobertura pelo **PROSAÚDE III** é de 70% (setenta por cento) do valor fixado no referencial empregado pela FUNDAÇÃO COPEL, com a coparticipação do beneficiário em 30% (trinta por cento) do valor total da despesa.

Art. 25. Para os eventos ambulatoriais que, sem interrupção da continuidade do atendimento, derem origem a internamento hospitalar, devidamente justificado pelo médico-assistente, não será devida a coparticipação do Beneficiário.

Art. 26. Para eventos de urgência/emergência que compreendam atos médicos no atendimento, mesmo quando não impliquem em permanência do paciente em observação médica, não será devida a coparticipação do Beneficiário no custo total do atendimento.

Seção II – COBERTURA HOSPITALAR

Art. 27. Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, observado o que segue:

I. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

II. Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, que estejam causando problemas funcionais em virtude de acidentes pessoais;

III. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de câncer;

IV. Cobertura integral, limitada aos valores estabelecidos nos referenciais empregados pela FUNDAÇÃO COPEL, para os exames realizados durante internamentos hospitalares, devidamente justificados pelo médico assistente e aceitos pela FUNDAÇÃO COPEL como tal.

V. Despesas com refeições (café da manhã, almoço e jantar) de acompanhante servidas pelo hospital serão cobertas pelo **PROSAÚDE III**, quando os pacientes forem portadores de necessidades especiais, tiverem menos de 18 anos de idade ou idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade;

VI. Despesas referentes a serviços gerais de enfermagem, alimentação, exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, **exceto em caráter particular**.

VII. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados nos procedimentos hospitalares quando previamente autorizados pela **FUNDAÇÃO COPEL**.

§1º. Serão cobertas todas as modalidades de cirurgias constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as relacionadas no Capítulo VIII – EXCLUSÕES DE COBERTURA, deste Regulamento.

§2º. Nos casos de imperativo clínico, as indicações pelo médico e/ou dentista deverão ocorrer por escrito, devidamente fundamentadas e com declaração do profissional assumindo as responsabilidades técnicas e legais sobre os atos praticados.

Das Cirurgias Odontológicas Buco-Maxilo-Faciais e dos Procedimentos Odontológicos Que Necessitem De Internação Hospitalar

Art. 28 - O **PRÓSAÚDE III** garantirá a cobertura de despesas havidas pelo(a) beneficiário(a) referentes a cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, desde que realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

§1º. O **PROSAÚDE III**, quando necessário, garantirá a 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 a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar.

§2º. O imperativo clínico para realização de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar caracteriza-se pelas condições que exijam suporte hospitalar em pacientes de doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas, renais, distúrbios de coagulação e pacientes com necessidades especiais que, por indicação médica, demandem sedação para realização do procedimento odontológico com segurança.

Honorários Profissionais

Art. 29. A cobertura dos Honorários Profissionais dos médicos assistentes, seus respectivos auxiliares, incluindo o instrumentador cirúrgico, para os procedimentos médicos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e dos demais procedimentos constantes no Referencial Médico adotado pela **FUNDAÇÃO COPEL**, será com base nas orientações gerais, composições e limites estabelecidos nesse mesmo referencial.

Internações Hospitalares

Art. 30. As internações hospitalares pelo **PROSAÚDE III** contemplam a acomodação hospitalar individual, em apartamento com banheiro privativo e com direito a acomodação para acompanhante, este com direito ao café da manhã, independente da idade do Beneficiário atendido.

§1º As internações hospitalares eletivas, clínicas ou cirúrgicas são aquelas em que o Beneficiário programa antecipadamente a sua internação e estão sujeitas à autorização prévia e expressa da FUNDAÇÃO COPEL.

§ 2º Havendo indisponibilidade comprovada de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

§3º. Em caso de internações hospitalares em acomodações de padrão superior (suítes) por livre escolha do Beneficiário, as despesas médicas/hospitalares serão cobertas pelo

17/69

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

PROSAÚDE III até o limite do que seriam cobertas se o internamento ocorresse em apartamento individual, sendo as diferenças de honorários, diárias, taxas, e outros encargos decorrentes dessa acomodação, assumidas integralmente pelo Beneficiário e pagas diretamente à instituição hospitalar e aos profissionais envolvidos.

§4º. As internações serão processadas mediante pedido de internação feito pelo médico assistente e guia de internação expedida pela FUNDAÇÃO COPEL, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverá ser observado o Capítulo XI – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

§5º. Não serão permitidas as internações para realização de exames com o fim de esclarecimento de diagnóstico e/ou administração de medicamentos, quando passíveis de execução em âmbito ambulatorial, devendo o Beneficiário arcar com a coparticipação e com a totalidade das despesas hospitalares.

Procedimentos Especiais no âmbito Hospitalar

Art. 31 - Mediante prescrição médica, o **PROSAÚDE III** garantirá a cobertura para os seguintes procedimentos, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritonial -CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

j) a cobertura de procedimentos de fisioterapia: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e

k) Tratamentos clínicos relacionados à obesidade mórbida.

Parágrafo Único - Procedimentos de reeducação e reabilitação física poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

Órteses e próteses

Art. 32. O **PROSAÚDE III** garante a cobertura de órteses e próteses nacionais ou nacionalizadas, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos e desde que previamente autorizadas pela FUNDAÇÃO COPEL.

§1º. Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, especificações, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos.

§2º. O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha da FUNDAÇÃO COPEL.

§3º. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a FUNDAÇÃO COPEL, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela FUNDAÇÃO COPEL.

§4º. O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da FUNDAÇÃO COPEL para composição da junta médica.

§5º. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses e próteses deve seguir a lista disponibilizada e atualizada periodicamente pela ANS em sua página na internet.

§6º. A **FUNDAÇÃO COPEL** reserva-se ao direito de não liberar materiais que, por avaliação médica pericial, entender não se aplicarem ao procedimento proposto na especificação e quantidade solicitada, assim como entender que estejam desprovidos de evidência científica ou mesmo já estejam sendo cobertos através das taxas hospitalares contratadas e cobradas pelos hospitais/clínicas.

Remoções

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Art.33. Os serviços de remoções estarão cobertos nos seguintes casos e condições:

I. Cobertura de remoções por ambulância convencional ou UTI, por via terrestre, quando comprovada em relatório médico a sua utilização em caráter de urgência ou emergência, compreendendo o trajeto entre o local, dentro da área de abrangência do **PROSAÚDE III**, onde o Beneficiário precisou do atendimento até uma unidade hospitalar mais próxima em condições de atendimento;

II. Cobertura de remoções por via aérea, convencional ou UTI, entre hospitais e/ou clínicas especializadas situados dentro da área de abrangência do **PROSAÚDE III**, para fim de tratamento médico com internação hospitalar na cidade-destino superior a 24 (vinte e quatro) horas, quando não há possibilidade de realização do procedimento na cidade de origem, desde que comprovada em relatório médico à recomendação restrita a esse tipo de transporte e o caráter de urgência ou emergência do atendimento, condicionada à prévia avaliação médica pericial da FUNDAÇÃO COPEL;

III. Cobertura de remoções entre hospitais ou clínicas especializadas, para tratamento médico com internação hospitalar na cidade-destino mais próxima, superior a 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento a todas as patologias que se enquadrem em urgências e emergências médicas, devidamente justificadas pelo médico-assistente e previamente autorizadas pela FUNDAÇÃO COPEL, desde que haja impossibilidade de realização desse atendimento na cidade de origem;

IV. Cobertura de remoção de paciente já internado, para o trajeto entre hospitais, clínicas ou laboratórios especializados, para tratamento médico ou realização de exames, quando da efetiva inexistência no local do internamento da possibilidade de realização desse atendimento, desde que previamente autorizado pela FUNDAÇÃO COPEL.

§1º. Enquadram-se nas situações de emergência para fins de transporte terrestre as que implicam em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente e como situações de urgência as resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, compreendendo distúrbios cardiovasculares, politraumatismos, trabalhos de parto, queimaduras graves e problemas psiquiátricos ou de dependência química com crises de agressividade.

§2º. Cobertura com base nos valores estabelecidos no REFERENCIAL DE REMOÇÕES DA FUNDAÇÃO COPEL, tanto para serviços credenciados como para o sistema de reembolso.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

§3º. É necessária a autorização prévia do próprio Beneficiário ou de seu responsável e da FUNDAÇÃO COPEL para a cobertura de remoções, que se dará mediante a avaliação pericial das condições do paciente, expressas na solicitação e justificativa do médico assistente.

§4º. Não havendo condição de prévia liberação junto à FUNDAÇÃO COPEL, em vista de situação emergencial, a regularização da liberação de cobertura deverá ocorrer da forma disposta no item acima, no prazo de 2 (dois) dias úteis a contar do atendimento, pelas coberturas apontadas no §2º.

Art. 34. Será garantida a remoção para o SUS, após o atendimento de emergência/urgência, no caso de Beneficiário que ainda esteja cumprindo carência para internação.

Parágrafo Único: Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS e de sua rede credenciada, a FUNDAÇÃO COPEL estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção, devendo o Beneficiário arcar com tais custos.

Seção III – COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 35. O PROSAÚDE III garantirá, além das coberturas previstas na **Seção II – COBERTURA HOSPITALAR** deste Regulamento, e depois de observado o prazo de carência dentro dos limites de abrangência geográfica e da rede credenciada indicada pela FUNDAÇÃO COPEL, à BENEFICIÁRIA (titular e/ou dependente) as despesas com assistência médica relativa ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, compreendendo:

I. Consultas de pré-natal e tratamentos cirúrgicos obstétricos;

II. Serviços complementares de diagnóstico e tratamento compreendendo UTI neonatal, caso haja indicação do médico assistente credenciado, incluindo diárias, materiais, medicamentos e honorários.

III. Assistência ao parto e ao puerpério, abrangendo:

a) Serviços de maternidade, compreendendo assistência pré-parto, assistência ao parto, cirúrgico ou não, curetagem de abortos espontâneos, e tratamento das parturientes no pós-parto além de suas complicações;

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo dos beneficiários (titulares ou dependentes), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- c) Cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;
- d) Honorários de médico-clínico, cirurgião e seus assistentes, anestesistas, obstetra, neonatologista; e,
- e) Um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto).

§1º. É assegurada a inscrição do filho recém-nascido, natural ou adotivo, como dependente, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo titular, observado o prazo máximo de 180 dias, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

§2º. Caso a inclusão do recém-nato ultrapasse o limite previsto de 30 (trinta) dias, os prazos de carências previstos no presente Regulamento deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas as Condições Contratuais do plano originalmente optado pelo titular, suas limitações e exclusões.

§3º. As despesas de acomodação e refeições (café da manhã, almoço e jantar) a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contra indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares, limitadas àquelas fornecidas pelo hospital;

§4º. O direito a acompanhante no momento do parto se dará de acordo com a legislação vigente.

Seção IV - COBERTURA DE TRANSPLANTES

Art. 36. Os transplantes de rim, córnea, autólogo de medula óssea e alogênico de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, são assegurados aos Beneficiários do **PROSAÚDE III**, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 37. Aos Beneficiários do **PROSAÚDE III** serão asseguradas, dentro dos limites da abrangência geográfica, as coberturas das despesas relativas aos procedimentos de transplante, os quais no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, ao Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, à Portaria nº 3.407, de 5 de agosto de 1998, e legislação superveniente no que não for conflitante com o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98.

Art. 38. As despesas com procedimentos vinculados aos transplantes são todas aquelas necessárias à realização do mesmo, incluindo:

- I. Despesas assistenciais com doadores vivos;
- II. Medicamentos utilizados durante a internação;
- III. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio;
- IV. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde –SUS.

Parágrafo Único: Os transplantes ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, serão ressarcidos em conformidade com o previsto no artigo 32, da Lei n.º 9.656/98, de 03 de junho de 1998.

Art. 39. Os Beneficiários da FUNDAÇÃO COPEL, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§1º. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.

§2º. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico da Portaria GM N.º 07, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§3º. É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro de suas funções de gerenciamento que lhes são atribuídas

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

pela legislação em vigor:

- I. Determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- II. Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Seção V - COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

Art. 40. Aos Beneficiários do **PROSAÚDE III** serão asseguradas às coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos mentais e comportamentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, prescritos pelo médico assistente, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na época do evento, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, assim como para os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, para realização em nível ambulatorial e/ou hospitalar, conforme as disposições constantes nesta Seção e coparticipações conforme definido no Artigo 99 deste Regulamento.

Art. 41. As coberturas ambulatoriais em saúde mental aos Beneficiários serão garantidas nas seguintes situações:

- I. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao Beneficiário risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão);
- II. Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência;
- III. Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais;
- IV. Cobertura de sessões de psicologia, conforme previsto no art. 20 deste Regulamento.

Art. 42. A cobertura hospitalar em saúde mental garantirá:

- I. Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-infligidas;
- II. Número ilimitado de dias de internação, com cobertura de 30 (trinta) dias de internação

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

(mediante custeio integral da FUNDAÇÃO COPEL), por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral ou psiquiátrico, quando o paciente for portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise, ou de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização, com indicação médica devidamente justificada para internação, com base no referencial de procedimentos e diárias hospitalares da FUNDAÇÃO COPEL;

III. Atendimentos/acompanhamento em regime de hospital-dia para transtornos mentais, com cobertura de 30 (trinta) dias (mediante custeio integral da FUNDAÇÃO COPEL), por ano de contrato não cumulativos, de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na época do evento, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§1º. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas, ocorridas em Beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, serão tratadas em hospital geral, quando a hospitalização for necessária.

§2º. Excedidos os 30 (trinta) dias de custeio integral pela FUNDAÇÃO COPEL, as internações de portadores de transtornos psiquiátricos, ou de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, em hospitais ou em regime de hospital-dia, terão cobertura integral em relação ao tempo de internação, respeitada as respectivas coparticipações previstas no artigo 99 deste Regulamento.

§3º Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Seção VI – COBERTURA ODONTOLÓGICA

Art. 43. O **PROSAÚDE III** dará cobertura de Assistência Odontológica, a qual compreende todos os serviços odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, e dos demais procedimentos constantes no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL, listados em benefícios adicionais, para realização junto à rede credenciada/referenciada ou à livre escolha do Beneficiário.

§1º. A repetição de quaisquer procedimentos e consultas odontológicas terá cobertura pelo **PROSAÚDE III** somente depois de decorrido o prazo mínimo estipulado para cada



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

um destes no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL, e desde que atendidas às condições de perícias e de autorização prévia previstas no Referencial divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

§2º. Para cobertura dos procedimentos odontológicos, os Beneficiários deverão observar as exigências para realização da perícia prévia e final prevista no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br.

§3º. O Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL com procedimentos de natureza ambulatorial, está disponível e melhor detalhado no Portal da FUNDAÇÃO COPEL (www.fcopel.org.br), discriminando os procedimentos que exigem perícia prévia e/ou final, suas unidades e valores.

Próteses Odontológicas:

Art. 44. Cobertura de próteses odontológicas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, e no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br, de finalidade funcional, realizadas junto à rede credenciada/referenciada ou à livre escolha dos Beneficiários pelo sistema de reembolso, com atendimento em consultórios e/ou clínicas especializadas.

§1º. Não será objeto de cobertura as próteses de natureza estética, substitutivas de outras ou de dentes removidos, que originalmente mantinham a sua funcionalidade ou higidez.

§2º. A repetição de procedimento de prótese em um mesmo elemento dentário terá cobertura pelo **PROSAÚDE III** somente depois de decorrido o prazo mínimo estipulado para cada um dos tipos de próteses constantes no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL, e desde que atendidas às condições de perícias previstas no Referencial divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

§3º. Nos casos de inadaptação quanto ao uso da prótese e/ou do livre arbítrio do Beneficiário em refazer os procedimentos e serviços com outro profissional, dentro dos prazos estipulados para repetição de cada procedimento constante no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL, os custos do segundo e sucessivos tratamentos serão de responsabilidade integral do Beneficiário.

§4º. A aplicação dos tipos e modelos das próteses dentárias, para dentes anteriores e posteriores, levará em consideração as suas respectivas indicações no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

www.fcopel.org.br.

§5º. Haverá coparticipação quando da utilização de serviços ou procedimentos de próteses odontológicas, conforme definido no artigo 99 deste Regulamento.

Art. 45. As consultas e procedimentos odontológicos deverão ser marcados diretamente pelos Beneficiários junto à rede credenciada ou referenciada.

Parágrafo Único - Considera-se reconsulta, quando o Beneficiário retornar ao mesmo cirurgião dentista em período de até 180 (cento e oitenta) dias após a última consulta inicial, salvo nas situações previamente solicitadas, justificadas e autorizadas pela FUNDAÇÃO COPEL, para tratamentos que requeiram a consulta odontológica em tempo menor.

Cirurgias buco-maxilo-faciais:

Art. 46. Cirurgias buco-maxilo-faciais, de traumas e ortognáticas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, com indicação para realização estritamente em ambiente hospitalar, devidamente justificada pelo cirurgião dentista e previamente autorizada pela FUNDAÇÃO COPEL, terão cobertura de 100% (cem por cento) das despesas odontológicas e hospitalares (incluindo os gastos com cirurgões, auxiliares, despesas hospitalares em geral, materiais e medicamentos usados na cirurgia e durante o período de internamento), com valores limitados aos estabelecidos no Referencial de Procedimentos e Diárias Hospitalares da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br

§1º. A cobertura das demais cirurgias buco-maxilo-faciais descritas no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br são de natureza ambulatorial.

§2º. Os referenciais utilizados pela FUNDAÇÃO COPEL contemplam todos os procedimentos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 47. Para os procedimentos odontológicos ambulatoriais, que **por imperativo clínico** necessitem de suporte hospitalar com objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário assegurando as condições adequadas para execução dos procedimentos, devidamente justificados pelo cirurgião dentista ou médico assistente e previamente autorizados pela FUNDAÇÃO COPEL, a cobertura para as despesas hospitalares ocorrerá em 100% (cem por cento) dos valores estabelecidos no Referencial empregado

27/69

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

pela FUNDAÇÃO COPEL, permanecendo para as despesas odontológicas a cobertura no percentual estabelecido conforme os serviços executados.

Parágrafo Único – O imperativo clínico para realização de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar caracteriza-se pelas condições que exijam suporte hospitalar em pacientes de doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas, renais, distúrbios de coagulação e pacientes com necessidades especiais que, por indicação médica, demandem sedação para realização do procedimento odontológico com segurança.

Art. 48. Para os tratamentos odontológicos em pacientes com Necessidades Especiais, que **por imperativo clínico** necessitem de internação hospitalar para a sua realização, devidamente justificados pelo cirurgião dentista ou médico assistente e previamente autorizados pela FUNDAÇÃO COPEL, a cobertura para as despesas hospitalares ocorrerá em 100% (cem por cento) dos valores estabelecidos no Referencial empregado pela FUNDAÇÃO COPEL, permanecendo para as despesas odontológicas a cobertura no percentual estabelecido conforme os serviços executados.

Seção VII - COBERTURAS ODONTOLÓGICAS ADICIONAIS

Art. 49. O PROSAÚDE III assegura as seguintes coberturas adicionais:

- I. Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
- II. Radiografia póstero-anterior
- III. Fotografia
- IV. Radiografia da ATM
- V. Modelos ortodônticos
- VI. Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM – Volumétrica
- VII. Tomografia Odontológica CONEBEAM - Região ou Equivalente a um Hemi-arco – Volumétrica
- VIII. Tomografia Odontológica CONE BEAM – 1 Arco Dental – Volumétrica
- IX. Tomografia Odontológica CONE BEAM – 2 Arcos Dentários – Volumétrica
- X. Mantenedor de espaço fixo
- XI. Mantenedor de espaço removível
- XII. Clareamento de dente desvitalizado
- XIII. Manutenção periodontal

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

- XIV. Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)
- XV. Restauração em cerâmica pura – inlay
- XVI. Restauração em cerâmica pura – onlay
- XVII. Restauração em cerômero – inlay
- XVIII. Restauração em cerômero – onlay
- XIX. Faceta em cerômero
- XX. Faceta em cerâmica pura
- XXI. Coroa total acrílica prensada
- XXII. Coroa total em cerâmica pura
- XXIII. Coroa total metalo cerâmica
- XXIV. Coroa total metalo plástica – cerômero
- XXV. Prótese parcial fixa em metalo ceramic
- XXVI. Prótese parcial fixa em metalo plastic
- XXVII. Prótese parcial fixa - In-Ceram livre demetal (metal-free)
- XXVIII. Prótese fixa adesiva direta (provisória)
- XXIX. Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica
- XXX. Prótese fixa adesiva indireta em metalo plastic
- XXXI. Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)
- XXXII. Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos
- XXXIII. Prótese parcial removível com grampos, bilateral
- XXXIV. Prótese parcial removível com grampos, unilateral
- XXXV. Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão
- XXXVI. Encaixe Macho ou Fêmea (por encaixe)
- XXXVII. Prótese total
- XXXVIII. Prótese total imediata
- XXXIX. Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)
- XL. Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

- XLI. Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)
- XLII. Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- XLIII. Enxerto com osso liofilizado
- XLIV. Regeneração tecidual guiada – RTG
- XLV. Implante ósseo integrado
- XLVI. Plasma rico em plaquetas (PRP)
- XLVII. Levantamento do seio maxilar com osso autógeno
- XLVIII. Levantamento do seio maxilar com osso homólogo
- XLIX. Enxerto ósseo em bloco - autógeno ou não autógeno
- L. Intermediário protético para implantes
- LI. Attachment bola
- LII. O`ring para prótese total
- LIII. Barra/clip
- LIV. Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante – cerômero
- LV. Coroa total metalo cerâmica sobre implante
- LVI. Coroa provisória sobre implante
- LVII. Overdenture barra clipe ou o`ringsobre dois implantes
- LVIII. Overdenture barra clipe ou o`ringsobre três implantes
- LIX. Overdenture barra clipeou o`ring sobre quatro ou mais implantes
- LX. Protocolo Branemark para 4 implantes
- LXI. Protocolo Branemark para 5 implantes
- LXII. Manutenção de prótese sobre implantes
- LXIII. Documentação Científica Completa.

Implantes Odontológicos

Art. 50. O **PROSAÚDE III** cobre implantes odontológicos de finalidade funcional, conforme os critérios definidos no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br, realizados junto à rede credenciada/referenciada ou à livre escolha dos Beneficiários pelo sistema de reembolso,

30/69

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

com atendimento em consultórios e/ou clínicas especializadas, dentro das seguintes limitações:

- I. Cobertura limitada a 6 (seis) elementos para implantes, próteses sobre implantes, enxertos e membranas, a cada ano de contrato, não cumulativos, independente da arcada dentária em que serão realizados;
- II. Cobertura de 2 (duas) Próteses Totais sobre implante – Overdenture (uma para cada arcada), a cada 5 (cinco) anos de contrato, não cumulativos;
- III. Cobertura de 2 (duas) Próteses Totais sobre implante – Protocolo Branemark a cada ano de contrato, não cumulativos, com carência de 5 (cinco) anos para a repetição do procedimento para os mesmos elementos.

§1º. Nos casos de inadaptação quanto ao implante e/ou do livre arbítrio do Beneficiário em refazer os procedimentos e serviços com outro profissional, dentro dos prazos estipulados para repetição de cada procedimento constante no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL, os custos do segundo e sucessivos tratamentos serão de responsabilidade integral do Beneficiário.

§2º. Não são objeto de cobertura os procedimentos de implantes de finalidade estética, substitutivos de próteses ou de dentes removidos, que originalmente mantinham a sua funcionalidade ou higiene.

§3º. Para os procedimentos odontológicos ambulatoriais, que **por imperativo clínico** necessitem de suporte hospitalar com objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário assegurando as condições adequadas para execução dos procedimentos, devidamente justificados pelo cirurgião dentista ou médico assistente e previamente autorizados pela FUNDAÇÃO COPEL, a cobertura para as despesas hospitalares ocorrerá em 100% (cem por cento) dos valores estabelecidos no Referencial empregado pela FUNDAÇÃO COPEL, permanecendo para as despesas odontológicas a cobertura no percentual estabelecido conforme os serviços executados.

§4º. Para os implantes em pacientes com Necessidades Especiais, que **por imperativo clínico** necessitem de internação hospitalar para a sua realização, devidamente justificados pelo cirurgião dentista ou médico assistente e previamente autorizado pela FUNDAÇÃO COPEL, a cobertura para as despesas hospitalares ocorrerá em 100% (cem por cento) dos valores estabelecidos no Referencial empregado pela FUNDAÇÃO COPEL, permanecendo para as despesas odontológicas a cobertura no percentual estabelecido conforme os serviços executados.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

§5º. A repetição de quaisquer procedimentos referentes a implantes terá cobertura pelo **PROSAÚDE III** somente depois de decorrido o prazo mínimo estipulado para cada um destes no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL, e desde que atendidas às condições de perícias previstas no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

CAPÍTULO VII - COBERTURAS ADICIONAIS - PROGRAMAS

Art. 51. Além das coberturas previstas na Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no Rol Odontológico da ANS, a FUNDAÇÃO COPEL disponibilizará as seguintes coberturas adicionais:

Seção I - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Art. 52. O **PROSAÚDE III** contempla a cobertura de assistência domiciliar, exclusivamente nas condições expostas neste artigo.

I. A assistência domiciliar é destinada aos portadores de doenças que sejam crônicas graves, incapacitantes ou terminais, em substituição ou complementação ao internamento hospitalar, de caráter não permanente, desde que possuam indicação e justificativa médica aceitas pela FUNDAÇÃO COPEL, em conformidade com as condições estabelecidas na nota técnica divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br.

II. Dadas às condições clínicas do Beneficiário, a assistência domiciliar poderá ser autorizada excepcionalmente ao Beneficiário portador de doença crônica grave, terminal ou incapacitante que não esteja em atendimento hospitalar, mas que apresente prescrição e justificativa médica para a indicação desse atendimento, de forma a evitar o ambiente hospitalar e suas eventuais intercorrências, mediante avaliação e autorização prévia da FUNDAÇÃO COPEL, em conformidade com as condições estabelecidas na nota técnica divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br

Art. 53. As bases de cobertura para os benefícios deste Programa são as constantes nos referenciais empregados pela FUNDAÇÃO COPEL, especificamente aos itens referentes à Assistência Domiciliar.

Art. 54. Os percentuais de coparticipação dos Beneficiários nas despesas realizadas durante a assistência domiciliar são definidos dentro dos seguintes critérios:

I. Internação Domiciliar: Para os tratamentos substitutivos ao internamento hospitalar não haverá a incidência de coparticipação.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

II. Atendimento Domiciliar: Para os tratamentos de natureza ambulatorial, compreendidos como aqueles em que o paciente necessita de assistência de baixa complexidade, realizada através de equipe multiprofissional de saúde, caracterizada como substitutiva ao atendimento ambulatorial:

- a) do 1º (primeiro) ao 90º (nonagésimo) dia de tratamento domiciliar, coparticipação de 30% (trinta por cento);
- b) do 91º (nonagésimo primeiro) dia ao 120º (centésimo vigésimo) dia de tratamento domiciliar, coparticipação de 40% (quarenta por cento);
- c) a partir do 121º (centésimo vigésimo primeiro) dia de tratamento domiciliar, coparticipação de 50% (cinquenta por cento).

III. Acompanhamento Domiciliar: Indicado ao Beneficiário que iniciou o tratamento em outra modalidade da Assistência Domiciliar e que tenha concluído o plano terapêutico prescrito pelo médico assistente. Porém, devido a permanência de quadro de doença crônica, incapacitante e/ou sequelas, ainda necessite de algum tipo de serviço de saúde contínuo para a manutenção da sua estabilidade clínica, e que apresente prescrição devidamente justificada pelo médico assistente para o atendimento de forma continuada sem previsão de alta ou até alteração do quadro ou por suspensão do atendimento por outros motivos.

- a) coparticipação de 50% (cinquenta por cento) do acompanhamento domiciliar.

§1º. Na hipótese de ocorrer alta médica e posterior retorno nas modalidades de Internação Domiciliar ou Atendimento Domiciliar, a contagem dos prazos estabelecidos para a coparticipação dar-se-á por ano de contrato, iniciando nova contagem no próximo aniversário do plano.

§2º. Na hipótese de alteração de modalidade de Internação Domiciliar para Atendimento Domiciliar ou vice-versa, iniciar-se-á nova contagem para coparticipação.

§3º. No caso de permanência na mesma modalidade, manter-se-á a mesma faixa de coparticipação até efetiva alta médica, mesmo ocorrendo o aniversário do plano.

§4º. Aplicam-se aos medicamentos empregados durante a assistência domiciliar as regras estabelecidas para o benefício Assistência Farmacêutica, no que se refere aos produtos contemplados ou excluídos de cobertura.

§5º. Havendo alteração do quadro clínico do Beneficiário, a categoria da assistência domiciliar poderá ser modificada durante a execução do mesmo, mediante nova

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

avaliação determinada pela **FUNDAÇÃO COPEL** ou nova prescrição do médico assistente do Beneficiário.

§6º. A aplicação do percentual de coparticipação é realizada sobre o total da despesa realizada em atendimento ao paciente.

Art. 55. Serão passíveis de cancelamento ou de término da Assistência Domiciliar quando dos seguintes eventos:

- I. Alta evolutiva do Beneficiário em atendimento;
- II. Falecimento do Beneficiário em atendimento;
- III. Novo internamento hospitalar devido a necessidade do quadro;
- IV. Descumprimento das orientações prescritas aos responsáveis pelo Beneficiário em atendimento;
- V. Surgimento de impeditivos para a manutenção da elegibilidade e/ou condições ao atendimento;
- VI. Solicitação de encerramento formalizado pelo Beneficiário Titular ou cuidador responsável;
- VII. Perda de qualidade de Beneficiário do **PROSAÚDE III**

Art. 56. Para este programa não serão passíveis de cobertura os serviços de enfermagem para fins de cuidados gerais aos Beneficiários, bem como serviços de companhia domiciliar.

Art. 57. As condições indispensáveis para autorização de atendimento dentro deste programa estão disponíveis em norma técnica divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

Seção II - PROGRAMA DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA APOSENTADO

Art. 58. Terão direito ao Programa os Beneficiários do **PROSAÚDE III** aposentados pelas Patrocinadoras e que estejam recebendo complementação de aposentadoria pela FUNDAÇÃO COPEL, desde que tenham se desligado da sua respectiva Patrocinadora até o último dia do ano anterior ao da execução da avaliação médica.

§ 1º. O programa de avaliação médica para aposentados deverá ser realizado na rede credenciada da FUNDAÇÃO COPEL para obtenção da cobertura integral, para consultas médicas e exames periódicos anuais, conforme norma técnica disponível na página eletrônica www.fcopel.org.br.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

§ 2º. O(a) cônjuge ou companheiro(a) também será contemplado neste programa.

§3º. As consultas e procedimentos realizados dentro deste Programa não estarão sujeitos à coparticipação.

Art. 59. Em caso de utilização indevida dos benefícios desse Programa, sujeitar-se-á o infrator a assumir integralmente o ônus financeiro do atendimento, além de outras medidas disciplinares julgadas necessárias pela Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO COPEL.

Art. 60. Em caso de reincidência, sujeita-se também o infrator à exclusão dos benefícios deste Programa em caráter definitivo.

Seção III - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – PROGRAMA DE MEDICAMENTOS

Art. 61. O **PROSAÚDE III** contempla a cobertura assistencial para medicamentos éticos, de origem nacional ou nacionalizada, prescrita por médicos, cirurgião dentista e nutricionistas, com base nos valores expressos na nota fiscal, tendo como limitador máximo o preço estabelecido na listagem oficial de medicamentos expedido pelo Governo Federal, publicado no BRASÍNDICE, ou em outro que venha a substituí-lo, cujos limites e condições de cobertura e fatores são detalhados nesta Seção e conforme norma técnica divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br.

Parágrafo Único: As prescrições realizadas por nutricionistas limitam-se a produtos relacionados ao acompanhamento dietoterápico e com alimentação e nutrição humana, sendo necessária a justificativa do mesmo para a sua realização.

Art.62. A assistência farmacêutica do **PROSAÚDE III** segue o disposto nos incisos abaixo:

I. **Medicamentos de uso eventual:** Cobertura de 50% (cinquenta por cento) do valor dos medicamentos empregados no tratamento de doenças eventuais, desde que com prescrição médica/odontológica;

II. **Medicamentos especiais:** Cobertura de 90%(noventa por cento) do valor do medicamento para os portadores de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), artrite reumatóide, transplantados, mal de Parkinson, Alzheimer, asma, hepatites virais e doenças terminais, desde que os portadores estejam devidamente cadastrados na **FUNDAÇÃO COPEL**, conforme norma técnica divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br, como usuários de medicação para essas doenças, condicionados ao

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

comparecimento na avaliação pericial quando solicitados, com a coparticipação do Beneficiário em 10% (dez por cento) do valor do medicamento;

III. **Medicamentos para Neoplasias Malignas:** Cobertura de 100% (cem por cento) do valor do medicamento para os portadores de neoplasia maligna (câncer), assim como os medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes previstos na RN 349/2014 e suas alterações que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, de acordo com a prescrição do médico assistente, ser administrados sob supervisão de profissionais de saúde;

IV. **Medicamentos Imunobiológicos:** Cobertura de 100% (cem por cento) do valor dos medicamentos imunobiológicos, constantes em DUT vigente, desde que apresente a solicitação médica de terapia imunobiológica devidamente preenchida e assinada;

V. **Medicamento para patologias de uso contínuo:** Cobertura de 60% (sessenta por cento) dos medicamentos para tratamento de doenças crônicas incuráveis, conforme norma técnica disponível na página eletrônica www.fcopel.org.br, com a coparticipação do Beneficiário em 40% (quarenta por cento) do valor do medicamento;

VI. **Medicamento para emagrecimento não estético:** Cobertura 50% (cinquenta por cento) dos medicamentos para emagrecimento, com a coparticipação do Beneficiário em 50% (cinquenta por cento) do valor do medicamento, e dentro dos seguintes critérios:

a) Ser o Beneficiário portador de IMC (índice de massa corporal) superior a 35 (trinta e cinco), desde que associado a alguma patologia que justifique a utilização do medicamento, devidamente declarada e comprovada pelo médico assistente, com apontamento do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) e após aprovação pericial médica pela FUNDAÇÃO COPEL, sendo que a cobertura do tratamento terá a duração máxima de 3 (três) meses por ano de contrato, não cumulativo;

b) Ser o Beneficiário portador de IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 40 (quarenta), devidamente declarada e comprovada pelo médico assistente, com apontamento do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) e após aprovação pericial médica pela FUNDAÇÃO COPEL, sendo que a cobertura do tratamento terá a duração máxima de 6 (seis) meses por ano de contrato, não cumulativo.

VII. **Vacinas:** Cobertura de 50% (cinquenta por cento) dos valores constantes em Nota Fiscal discriminativa e limitada ao Referencial de Valores para Coberturas de Vacinas da

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

FUNDAÇÃO COPEL, conforme nota técnica divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br, nas seguintes condições:

a) Para aplicação da cobertura serão consideradas as **patologias** e não os tipos/marcas das vacinas;

b) As vacinas dessensibilizantes, por série de tratamento, terão cobertura de 50% (quarenta por cento) do valor da despesa e ainda limitadas em 40% (quarenta por cento) do Salário Mínimo Nacional vigente à época da aplicação;

c) São excluídas de cobertura as vacinas:

I. I. Constantes do Calendário Oficial de Vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde;

II. As oferecidas gratuitamente à população em Postos, Centros de Saúde ou em campanhas de vacinação;

III. As que conflitem com as disposições expedidas através de resoluções dos Conselhos Federais ou Regionais de Medicina e Farmácia ou da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA;

IV. As que referirem-se a tratamentos experimentais;

V. As vacinas realizadas em instituições que não estejam de acordo com a Portaria Conjunta ANVISA/FUNASA nº. 01/2000;

VI. As vacinas por similitude.

Art. 63. As condições indispensáveis para autorização de atendimento dentro do programa de assistência farmacêutica estão disponíveis em norma técnica divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

Art. 64. A coparticipação do Beneficiário nas despesas realizadas na rede credenciada/referenciada será descontada junto à sua folha de pagamento ou mediante boleto nos casos específicos (assistidos e pensionistas com saldo zero, autopatrocinados e vinculados).

Art. 65. A cobertura das despesas referentes a medicamentos e vacinas dar-se-á conforme norma técnica divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br.

CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 66. Respeitadas as coberturas garantidas ao Beneficiário, inclusive as adicionais, não terão cobertura pelo **PROSAÚDE III**, estando expressamente excluídos da

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica:

I. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, bem como as condutas não admitidas no Código Brasileiro de Ética;

II. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

III. Procedimentos e especialidades não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou demais conselhos em suas respectivas áreas de competência;

IV. Fornecimento de medicamentos cuja prescrição não esteja de acordo com critérios de indicação baseados em evidências científicas;

V. Medicina Ortomolecular, salvo se permitida pela legislação aplicável;

VI. Despesas com serviços eventuais ou extraordinários, prestados, direta ou indiretamente, por hospital ou clínica, mas não estritamente relacionados com a assistência à saúde do Beneficiário, tais como, acomodação em nível superior prevista por este Regulamento, aluguel de aparelhos de televisão e similares, frigobar, telefonemas, telegramas, artigos de toalete e higiene pessoal, alimentação “a la carte”, bebidas, lavagem de roupas, lanches, danos ou destruição de instalações dos estabelecimentos, bem como quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento; refeições de acompanhantes;

VII. Enfermagem em caráter particular seja em regime domiciliar ou hospitalar; consultas e/ou medicamentos e/ou tratamentos domiciliares e/ou dieta industrializada, mesmo em caráter de emergência e urgência, exceto quando autorizados previamente pela FUNDAÇÃO COPEL, para ser atendido pelo Programa de Assistência Domiciliar;

VIII. Fornecimento e manutenção de materiais especiais e de sínteses, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou que não sejam diretamente decorrentes de má formação congênita, ressalvados os casos previstos neste Regulamento;

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

IX. Aquisição, manutenção, ajuste e aluguel de aparelhos ortopédicos, colchões especiais, cadeiras especiais, inclusive de rodas, óculos, lentes de contato, aparelhos para surdez, aparelhos para suporte respiratórios em geral e muletas; ressalvados os casos previstos neste Regulamento;

X. Procedimentos odontológicos que tiverem finalidade estética, cujo enquadramento será efetuado e verificado por perícia odontológica da FUNDAÇÃO COPEL;

XI. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, estâncias hidrominerais;

XII. Clínicas de repouso, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XIII. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos ou condicionamento físico, inclusive medicamentos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

XIV. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, exceto se constar expressamente como cobertura adicional neste Regulamento;

XV. Despesas de deslocamentos, estadias ou outras que eventualmente aconteçam para o atendimento de perícias iniciais e/ou finais, salvo as perícias convocadas especificamente pela FUNDAÇÃO COPEL, em atendimento a situações relacionadas a auditorias médicas ou odontológicas, previamente justificadas pela FUNDAÇÃO COPEL;

XVI. Exame de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XVII. Exames solicitados para atividades recreativas, desportivas ou a estas assemelhadas;

XVIII. Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza, salvo a reparadora;

XIX. Procedimentos decorrentes ou relacionados a desastres com gases e produtos radioativos ou ionizantes ou acidentes decorridos de atos de guerras, revoluções, cataclismos, comoções internas ou outras perturbações de ordem pública ou delas provenientes, quando formalmente reconhecidos por autoridade competente;

XX. Inseminação artificial e tratamento de esterilidade;

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

XXI. Próteses, implantes e tratamentos odontológicos refeitos em período inferior ao disposto no Referencial Odontológico da FUNDAÇÃO COPEL, salvo se prévia e formalmente autorizados pela FUNDAÇÃO COPEL;

XXII. Aparelhos ortodônticos em geral, assim como os custos de sua manutenção;

XXIII. Investigação diagnóstica eletiva, necropsias e mineralograma do cabelo;

XXIV. Tratamentos naturais;

XXV. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

XXVI. Medicamentos que não tiverem registro junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e não forem constantes do BRASÍNDICE, bem como medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

XXVII. Produtos e/ou medicamentos que se enquadrem nas situações abaixo especificadas:

- a) Medicamentos de toda a natureza para tratamento estético e de emagrecimento estético;**
- b) Medicação para tratamento ortomolecular;**
- c) Medicação dermatológica com a finalidade estética;**
- d) Medicação para tratamento de rejuvenescimento;**
- e) Medicação para tratamento de impotência sexual;**
- f) Medicação para processos de fertilização;**
- g) Medicação manipulada de qualquer natureza ou procedência, que não seja substitutiva da medicação convencional;**
- h) Complexos vitamínicos e vitaminas em geral, exceto os administrados como medicamento complementar a tratamentos autorizados por perícia médica;**
- i) Medicamentos fitoterápicos não industrializados e ainda não liberados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;**
- j) Produtos naturais;**



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

- k) Produtos, materiais e/ou medicação experimental;
- l) Anticoncepcionais, salvo para ovário policístico e DIU;
- m) Produtos cosmetológicos, assim definidos como aqueles para manutenção e conservação da pele por qualquer condição ou natureza;
- n) As vacinas constantes do Calendário Oficial de Vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde e as que forem oferecidas gratuitamente à população em Postos, Centros de Saúde ou em campanhas de vacinação;
- o) As vacinas que conflitarem com as disposições expedidas através de resoluções dos Conselhos Federais ou Regionais de Medicina e Farmácia ou da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- p) Vacinas realizadas em instituições que não estejam de acordo com a Portaria Conjunta ANVISA/FUNASA nº. 01/2000 ou Portaria substituta;

XXVIII Despesas médicas, hospitalares, odontológicas e farmacêuticas realizadas no exterior;

XXIX Tratamentos domiciliares em psiquiatria e psicologia.

CAPÍTULO IX – CARÊNCIAS

Art. 67. A cobertura assistencial prevista no presente Regulamento se inicia a partir da assinatura do pedido de inscrição pelo Beneficiário Titular, com aceitação da FUNDAÇÃO COPEL, de modo que não se prolonguem as carências, exceto nos casos previstos no artigo seguinte.

Art. 68. O contrato é por prazo indeterminado e renova-se automaticamente a cada ano, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Art. 69. Os benefícios previstos neste Regulamento serão devidos e cobertos somente depois de cumpridas as carências abaixo indicadas, contadas a partir do aceite da inscrição pela FUNDAÇÃO COPEL:

PRAZO	PROCEDIMENTO
24 (vinte e quatro) horas	• Atendimentos de urgência e emergência



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

30 (trinta) dias	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas médicas e com nutricionistas; • Exames; • atendimentos ambulatoriais; • Fisioterapia; • Terapia ocupacional; • Tratamento fonoaudiológico.
90 (noventa) dias	<ul style="list-style-type: none"> • Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas; • Atendimento domiciliar; • Tratamentos referentes à saúde mental
180 (cento e oitenta) dias	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia e radioterapia; • Sessões de psicologia; • Tratamentos odontológicos clínicos e cirúrgicos; • Medicamentos contemplados no Programa de Assistência Farmacêutica.
300 (trezentos) dias	<ul style="list-style-type: none"> • Partos a termo; • Serviços odontológicos referentes a próteses e implantes

§1º. Para repetição e/ou inadaptação de quaisquer procedimentos odontológicos, deverão ser observados os prazos constantes do Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL, e desde que atendidas às condições de perícias e de autorização prévia previstas no Referencial divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

§2º. Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação na FUNDAÇÃO COPEL ou em uma das empresas patrocinadoras.

Art. 70. São dispensados do cumprimento de carência os Dependentes cuja inscrição ocorra nas seguintes condições:

I. A inclusão de filhos recém-nascidos, naturais ou adotivos do Beneficiário Titular, será automática e isenta do cumprimento de carências, desde que os documentos comprobatórios sejam encaminhados à FUNDAÇÃO COPEL em prazo máximo de até 30 (trinta) dias após o nascimento;

II. Filhos adotivos do Beneficiário Titular, menores de 12 (doze) anos, desde que inscritos em até 30 (trinta) dias da adoção, sendo que, se o Titular estiver em cumprimento de carência, para o filho adotivo também caberá o cumprimento do prazo restante da carência;

III. Para os menores de idade que se encontram sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que inscritos em até 30 (trinta) dias da data da concessão judicial da



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

guarda ou tutela, sendo que, se o Titular estiver em cumprimento de carência, para os Dependentes nesta condição também caberá o cumprimento do prazo restante da carência.

Art. 71. Aos Beneficiários Dependentes na condição de cônjuge, companheiro(a), filho(a) e enteado, também são aplicados os prazos de carência estabelecidos no artigo 69 deste Regulamento.

Art. 72. Para Beneficiários que migrarem de planos de saúde de outras operadoras e que já tenham cumprido as carências nos planos de origem, a considerar por Beneficiário e por modalidade de cobertura (médico- hospitalar/odontológica/farmacêutica), serão dispensados do cumprimento das carências pela FUNDAÇÃO COPEL, desde que não ultrapasse o prazo de 30 (trinta) dias entre a data de exclusão do plano anterior e a data de recebimento na FUNDAÇÃO COPEL do pedido de inscrição no **PROSAÚDE III**, mediante a apresentação de declaração fornecida pela operadora anterior, constando as datas da inscrição e exclusão no Plano, o nome dos Beneficiários, a cobertura contratada e a declaração do cumprimento das carências.

Art. 73. São dispensados do período de carência os Beneficiários Titulares e seus respectivos Dependentes elegíveis ao **PROSAÚDE III**, que manifestarem inscrição a este plano em até 30 (trinta) dias de vinculação à pessoa jurídica Patrocinadora.

Art. 74. A contagem de carência para novos Beneficiários dar-se-á a partir do aceite da inscrição pela FUNDAÇÃO COPEL desse novo Beneficiário ao plano de saúde.

CAPÍTULO X - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 75. Doença ou Lesão Preexistente (DLP) é aquela que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao presente instrumento.

Art. 76. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do **PROSAÚDE III**, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do art. 13, da Lei nº 9.656/98.

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

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Art. 77. O Beneficiário, sem qualquer ônus, tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores contratada pela FUNDAÇÃO COPEL.

§1º. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da FUNDAÇÃO COPEL, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§2º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao **PROSAÚDE III**, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§3º. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela FUNDAÇÃO COPEL, com vistas à sua admissão no **PROSAÚDE III**.

Art. 78. Sendo constatada por perícia, ou na entrevista qualificada, ou através de declaração expressa do Beneficiário, na existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a FUNDAÇÃO COPEL oferecerá a cobertura parcial temporária.

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

Art. 79. A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

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

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Art. 80. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da FUNDAÇÃO COPEL, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 81. Exercendo prerrogativa legal, a FUNDAÇÃO COPEL não optará pelo fornecimento do agravo.

Art. 82. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao **PROSAÚDE III**, a FUNDAÇÃO COPEL deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.

§1º. Instaurado o processo administrativo na ANS, à FUNDAÇÃO COPEL caberá o ônus da prova.

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

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

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

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

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

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Art. 83. O presente Capítulo não vigorará caso o Beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de sua vinculação à Patrocinadora e aceite pela FUNDAÇÃO COPEL.

CAPÍTULO XI - URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 84. São considerados Procedimentos de Urgência os resultantes de eventos de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, cujo portador necessite de assistência médica imediata, em decorrência do agravo à saúde.

Art. 85. São considerados Procedimentos de Emergência os casos devidamente justificados pelo médico-assistente, como sendo os que impliquem em risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico/odontológico imediato.

Art. 86. Serão garantidos os procedimentos de urgência e emergência médica e hospitalar, integralmente e sem restrições na forma prevista neste Regulamento, decorridas 24 (vinte e quatro) horas do aceite da **FUNDAÇÃO COPEL** quanto à inscrição, inclusive quando decorrentes de complicações da gestação, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente.

Art. 87. Também serão garantidos os procedimentos de urgência e emergência odontológicos, assim entendidos:

- I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
- II. Curativo em caso de odontalgia guda/pulpectomia/necrose;
- III. Imobilização dentária temporária;
- IV. Recimentação de trabalho protético;
- V. Tratamento de alveolite;
- VI. Colagem de fragmentos;
- VII. Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- VIII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- IX. Reimplante de dente avulsionado.

CAPÍTULO XII - SISTEMA DE REEMBOLSO

Art. 88. Os Beneficiários que se valerem de serviços cobertos pelo **PROSAÚDE III**, prestados por profissionais ou instituições **fora do quadro de**

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

credenciados/referenciados pelo **PROSAÚDE III**, pagarão diretamente a quem lhes prestar os serviços e terão direito a requerer o reembolso das despesas efetuadas, **conforme os referenciais, limites e regras praticadas pela FUNDAÇÃO COPEL, com exceção do Programa de Assistência Domiciliar.**

§1º. Serão descontados do reembolso eventuais valores de coparticipação e ou franquias previstas neste Regulamento.

§2º. A diferença entre o valor do serviço e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

§3º. A efetivação do reembolso está condicionada à apresentação completa dos documentos necessários, no prazo máximo de 1 (um) ano a contar da data da Realização do evento ou da alta hospitalar, sob pena de não ter ressarcido valor despendido, acompanhada de Solicitação de Reembolso ou outra modalidade definida pela FUNDAÇÃO COPEL, assim como da autorização prévia, quando aplicável.

§4º. Nos casos de urgência e emergência o Beneficiário obriga-se a apresentar os documentos necessários ao reembolso no prazo máximo de 1 (um) ano a contar da data da realização do evento, sob pena de não ter ressarcido o valor despendido.

§5º. Os reembolsos serão efetuados no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da documentação completa na FUNDAÇÃO COPEL, e ocorrerão através de crédito em conta corrente do Beneficiário Titular, à exceção de situações médico/hospitalares justificáveis, podendo o reembolso ocorrer em menor prazo.

§6º. Para reembolso de internamentos cirúrgicos ou clínicos e de tratamentos ambulatoriais, são devidas as apresentações dos seguintes documentos:

- a) Formulário Guia de Autorização aprovada;
- b) Cópia do recibo individual dos profissionais com os respectivos indicativos dos códigos dos procedimentos e carimbos com CRM, CRO, CRP, CREFITO ou COREN, bem como indicação de número do CPF/MF;
- c) Cópia da nota fiscal discriminada das despesas hospitalares (constando o período do internamento);
- d) Relação descritiva dos medicamentos, materiais, exames e taxas;
- e) Cópia da descrição cirúrgica ou partograma (se for o caso) e ficha de atendimento pré-natal (se for o caso);

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

- f) Cópia da prescrição médica e evolução clínica diária (prontuário médico);
- g) Descrição sumária do procedimento realizado, fornecida pelo médico que efetuou o atendimento;
- h) Relatório justificando os casos de Urgência e Emergência (se for o caso);
- i) Cópia da folha de anestesia e laudo do exame anatomopatológico (se for o caso);
- j) Outros documentos, se necessários, poderão ser solicitados à comprovação das despesas ou elucidação do cálculo do reembolso.

§7º. Para o reembolso de tratamentos odontológicos realizados com profissionais não credenciados, deve ser apresentado o formulário FOA (Ficha Odontológica), preenchido pelo profissional e assinada pelo Beneficiário, juntamente com a cópia da nota fiscal ou recibo emitido pelo profissional que realizou o atendimento, informando o número do dente da arcada dentária.

§8º. Para o reembolso de medicamentos e vacinas cobertos, é necessária a apresentação da cópia da nota fiscal e da receita médica.

§9º. Os referenciais e limites praticados pela **FUNDAÇÃO COPEL** para reembolso serão reajustados anualmente no mês de janeiro de cada ano civil.

Art. 89. Não serão passíveis de reembolso os serviços, materiais, produtos, honorários, entre outros, realizados e/ou adquiridos em instituições credenciadas/referenciadas diretamente com a **FUNDAÇÃO COPEL** e que por livre arbítrio do Beneficiário tenha sido adquirido diretamente destes locais credenciados, a exceção de medicamentos adquiridos em farmácias credenciadas.

Art. 90. Não serão reembolsadas as despesas, cujos documentos estiverem rasurados, emendados, ilegíveis, fora dos prazos aqui estabelecidos e em desacordo com este Regulamento.

CAPÍTULO XIII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**Seção I - GUIAS DE AUTORIZAÇÃO**

Art. 91. As Guias de Autorização terão a finalidade de:

- I. Autorizar a realização do procedimento pelo Beneficiário e autorizar o convênio a emitir a fatura contra FUNDAÇÃO COPEL, pelos valores previstos nos contratos de convênio e outros expressamente descritos na Guia de Autorização, quando emitidas para Beneficiários para utilização na rede credenciada/referenciada;

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

II. Autorizar o Beneficiário a realizar o procedimento em profissional ou instituição de livre escolha, buscando posteriormente o reembolso das despesas de acordo com este Regulamento ou por outros valores expressamente descritos nas respectivas Guias de Autorização, quando emitidas para Beneficiários.

Art. 92. É necessária a autorização prévia da FUNDAÇÃO COPEL para realização dos procedimentos e exames cobertos pelo **PROSAÚDE III**.

§1º. A autorização para realização de procedimentos e exames dar-se-á diretamente na rede credenciada.

§2º. Na hipótese de necessidade de análise técnica pela FUNDAÇÃO COPEL, o Beneficiário deverá comparecer na FUNDAÇÃO COPEL quando solicitado.

§3º. Ficará a critério da FUNDAÇÃO COPEL a liberação de outros procedimentos considerados como de alto custo ou técnicas inovadoras, previamente divulgadas aos Beneficiários.

§4º. Deverão ser encaminhados à Perícia todos os procedimentos sinalizados no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

§5º. É vedada aos Beneficiários a realização de qualquer tipo de exame sem o respectivo pedido médico ou odontológico.

§6º. A autorização prévia deverá ser solicitada pelo Beneficiário e/ou prestador credenciado à FUNDAÇÃO COPEL, a partir do pedido médico/odontológico.

§7º. Para a solicitação de autorização para a realização de procedimentos médicos, a Guia de Solicitação de Liberação de Procedimentos Médicos deverá estar completamente preenchida.

§8º. A autorização para procedimento(s) eletivo(s) deve ser solicitada com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da realização do procedimento médico.

§9º. Tratando-se de procedimentos de urgência e emergência, deve ser regularizada junto à FUNDAÇÃO COPEL em até 2 (dois) dias úteis após o início do atendimento ou do internamento hospitalar.

§10. A FUNDAÇÃO COPEL poderá, a seu critério e a qualquer tempo, submeter à perícia, sindicância e averiguação, todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo **PROSAÚDE III**, quando Beneficiários e prestadores de serviços estarão obrigados a colaborar para elucidação da dúvida.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

§11. Os internamentos e procedimentos médicos hospitalares realizados sem autorização, desobriga a FUNDAÇÃO COPEL de proceder à cobertura ou ao reembolso das despesas.

Art. 93. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da FUNDAÇÃO COPEL e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da FUNDAÇÃO COPEL, exceto quando o profissional eleito pelo Beneficiário não pertencer à rede credenciada, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

Seção II - PERÍCIA PRÉVIA

Art. 94. Somente mediante a realização de perícia prévia é que poderão ser cobertos por esse Plano as despesas referentes aos procedimentos elencados nesta seção.

Art. 95. Os seguintes procedimentos médicos-hospitalares necessitam de análise prévia do médico perito com avaliação de exames, enquadramento no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e, se for necessário, exame físico do Beneficiário:

- I. Escleroterapia;
- II. Cirurgia de varizes;
- III. Cirurgia de plástica mamária;
- IV. Cirurgia de plástica abdominal (dermolipectomia abdominal);
- V. Cirurgia de plástica do nariz (rinosseptoplastia);
- VI. Cirurgia plástica de pálpebra (blefarorrafia);
- VII. Cirurgia de eliminação do ronco (uvopalato- faringoplastia), mediante a apresentação do exame de polissonografia;
- VIII. Cirurgia para obesidade mórbida;
- IX. Cirurgias refrativas (miopia, hipermetropia);
- X. Procedimentos realizados por cirurgião plástico ou dermatologistas, quando caracterizar tratamento estético;
- XI. Quando a intervenção cirúrgica prever mais de um procedimento médico (mais de

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

uma cirurgia simultaneamente).

§1º. O rol acima elencado é meramente exemplificativo e, na hipótese de necessidade, a FUNDAÇÃO COPEL se reserva o direito de solicitar a consulta pericial prévia.

§2º. Se a cirurgia for comprovadamente caracterizada como emergência médica, o Beneficiário deverá, a critério da FUNDAÇÃO COPEL, submeter-se a perícia após o ato cirúrgico, sob pena de arcar integralmente com os valores despendidos.

Art. 96. Os seguintes procedimentos odontológicos requerem perícia no início e/ou no final do tratamento:

- I. Tratamentos cujo valor total atinja ou ultrapasse o limitador estipulado no Referencial de Serviços Odontológicos da FUNDAÇÃO COPEL divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br;
- II. Atendimentos odontológicos em ambiente hospitalar;
- III. Procedimentos odontológicos, a critério da FUNDAÇÃO COPEL, ou que tenham essa exigência expressa no Referencial de Serviços Odontológicos divulgado na página eletrônica www.fcopel.org.br.

§1º. As perícias finais deverão ser realizadas no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do final do tratamento, sendo que a não realização dentro desse prazo desobriga o **PROSAÚDE III** da cobertura, sendo o custo do tratamento imputado na sua totalidade ao Beneficiário.

§2º Não serão objeto de cobertura pelo **PROSAÚDE III** as eventuais despesas de deslocamentos, estadias ou outras que eventualmente aconteçam para o atendimento de perícias iniciais e/ou finais.

Art. 97. Constatada nas perícias iniciais e/ou finais a realização de procedimentos de natureza estética, assim entendidas por avaliações periciais médica ou odontológica, terão os custos referentes a esses procedimentos e os das perícias, debitadas integralmente dos Credenciados.

Seção III – FRANQUIA

Art. 98. Franquia é a faixa de despesas assistenciais não cobertas pelo **PROSAÚDE III** e de responsabilidade integral do Beneficiário Titular sobre o total das despesas, aplicadas aos seguintes procedimentos:

- I. Escleroterapia - franquia referente às 5 (cinco) primeiras sessões realizadas por



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

Beneficiário, durante o período de vigência do contrato, sendo as subseqüentes cobertas no percentual e condições estabelecidos no dispositivo referente à Atendimento Ambulatorial;

- II. Acupuntura - franquias referente às 5 (cinco) primeiras sessões realizadas por Beneficiário, durante o período de vigência do contrato, sendo as subseqüentes cobertas no percentual e condições estabelecidos no dispositivo referente à Atendimento Ambulatorial.

Seção IV – COPARTICIPAÇÃO

Art. 99. Além da mensalidade, todos os Beneficiários ficarão sujeitos à coparticipação sobre os valores das Listagens Referenciais praticadas pelo **PROSAÚDE III**, fixadas em:

- I. 30% (trinta por cento) do valor das despesas com consultas médicas;
- II. 30% (trinta por cento) do valor das despesas com fonoaudiologia, psicoterapia prestada por psicólogos ou médicos, fisioterapias, terapia ocupacional, nutricionista;
- III. 30% (trinta por cento) do valor das despesas com exames de apoio e diagnóstico e atendimentos ambulatoriais, **exceto hemodinâmica, terapia substitutiva renal, sessões de quimioterapia, sessões de radioterapia, ecoendoscopias, colocação de prótese coledocociana via endoscópica epapilotomias e oxigenoterapia hiperbárica;**
- IV. 30% (trinta por cento) do valor das despesas com sessões de escleroterapia e acupuntura, a partir da 6ª (sexta) sessão;
- V. 25% (vinte e cinco por cento) do valor das despesas com consultas odontológicas, exames de apoio descritos no Referencial de Serviços Odontológicos e tratamento odontológico clínico ou cirúrgicos ambulatoriais;
- VI. 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas com próteses e implantes odontológicos;
- VII. 30% (trinta por cento) do valor das despesas com atendimento em hospital/dia ou clínica/dia para os tratamentos ambulatoriais de transtornos psiquiátricos e dependência química, que excederem a 30 (trinta) dias do período de um ano de contrato;
- VIII. Internações Psiquiátricas e por Intoxicação: quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer do ano de contrato:
 - a) 10% (dez por cento) no período compreendido entre o 31º (trigésimo primeiro) e o 60º

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

(sexagésimo) dia de internação;

b) 15% (quinze por cento) no período compreendido entre o 61º (sexagésimo primeiro) e o 90º (nonagésimo) dia de internação;

c) 20% (vinte por cento) para as internações que excederem ao 91º (nonagésimo primeiro) dia.

IX. Haverá incidência de coparticipações apenas para as Internações Psiquiátricas, estando isentas as internações de demais especialidades.

§1º. A coparticipação incide sobre a utilização do **PROSAÚDE III** por qualquer Beneficiário, seja ele Titular ou Dependente.

§2º. Na impossibilidade de se efetuar o desconto da coparticipação na remuneração dos Beneficiários Titulares, ficará o Beneficiário obrigado a recolhê-la diretamente à **FUNDAÇÃO COPEL**, sendo que esta adotará a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§3º. Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação, conforme o caso.

§4º. Em caso de atraso no pagamento das mensalidades e coparticipação, os respectivos valores serão tratados conforme disposto nos artigos 125 e 126.

Art. 100. A coparticipação do Beneficiário nas despesas realizadas na rede credenciada/referenciada será descontada junto à sua folha de pagamento ou mediante boleto nos casos específicos (assistidos e pensionistas com saldo zero, autopatrocinados e vinculados).

Art. 101. As demais coparticipações estão apontadas nas disposições quanto aos benefícios adicionais.

Seção V - IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 102. Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento é indispensável à identificação do Beneficiário na rede credenciada/referenciada.

§1º. A identificação consiste na apresentação da carteira digital do **PROSAÚDE III** impressa em papel, na tela do smartphone ou do tablet, ou, ainda, apenas informando o número do Cartão, junto com um documento oficial de identificação com fotografia.

§2º. A carteira digital de identificação do **PROSAÚDE III** terá validade dentro de critérios estabelecidos em normativas internas da Instituição.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

§3º. No momento do atendimento, o prestador de serviços deverá consultar a elegibilidade do Beneficiário, por meio do sistema disponível na área restrita do Portal do Prestador no site da FUNDAÇÃO COPEL.

§4º. A emissão da carteira digital do **PROSAÚDE III** deverá ser realizada através do portal da FUNDAÇÃO COPEL.

Seção VI – REDE CREDENCIADA

Art. 103. O atendimento no regime da rede credenciada/referenciada será feito mediante identificação de registro no **PROSAÚDE III**, junto com um documento oficial de identificação com fotografia, acompanhado da autorização prévia da FUNDAÇÃO COPEL quando assim exigida, a qual poderá ser por meio eletrônico.

Art. 104. O formulário Padrão TISS, que poderá ser eletrônico, deverá ser preenchido no ato do atendimento, com todos os dados solicitados.

Art. 105. O formulário Padrão TISS, depois de preenchido, será conferido e assinado pelo Beneficiário, com ressalva de qualquer emenda ou rasura, importando sua assinatura em:

- I. concordância com os dados transcritos, inclusive quanto à quantidade e natureza dos serviços prestados;
- II. autorização para cobrança do valor da coparticipação financeira, nos eventos sujeitos a esse regime; e
- III. sub-rogação à FUNDAÇÃO COPEL de possíveis indenizações a que o Beneficiário tiver direito.

§1º. A assinatura do beneficiário poderá ser substituída por uma identificação digital.

Art. 106. A FUNDAÇÃO COPEL reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer credenciado/referenciado de sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Art. 107. É facultada à FUNDAÇÃO COPEL a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17 de seus parágrafos, da Lei nº 9.656/98.



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

§1º. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o “caput” deste artigo ocorrer por decisão da FUNDAÇÃO COPEL, durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a FUNDAÇÃO COPEL, a manter o Beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

§2º. Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior, os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando a FUNDAÇÃO COPEL arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, caso necessário, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

Art. 108. O Beneficiário, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados à outra operadora de plano de saúde ou a atendimento em caráter particular.

Art. 109. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender as necessidades dos Beneficiários, observados as limitações previstas na legislação em vigor, privilegiando os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de 60(sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças até 5 (cinco) anos.

Art. 110. Ficarão disponibilizadas informações para os Beneficiários a respeito da rede de prestadores de serviços, através do endereço eletrônico da FUNDAÇÃO COPEL, ou outros meios que venham a atender as necessidades dos Beneficiários.

Art. 111. Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede credenciada e/ou referenciada ou ainda contratada da FUNDAÇÃO COPEL, conforme estabelece o artigo 12, I, “b”, da Lei nº 9.656, combinado com o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98, observada a cobertura contratada.

Art. 112. É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

CAPÍTULO XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO

Seção I – DO CUSTEIO

Art. 113. O PROSAÚDE III será custeado por mensalidades pré-estabelecidas, efetuadas



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

pelas Patrocinadoras e pelos Beneficiários Titulares, antes da utilização das coberturas previstas neste Regulamento, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado e discriminado na proposta de adesão do plano.

Parágrafo único. A mensalidade será revista anualmente, de acordo com os dispositivos legais vigentes por ocasião da avaliação atuarial do Plano e os fatores moderadores apontados neste Regulamento.

Seção II - DA RESERVA E DOS FUNDOS

Art. 114. O total das contribuições mensais recebida das partes, custeará os gastos de saúde e as despesas administrativas realizadas pelo **PROSAÚDE III**.

Art. 115. Eventuais sobras de arrecadação do **PROSAÚDE III**, decorrentes de sazonalidades mensais de utilização, serão incorporadas ao Fundo do Plano para cobertura de despesas futuras

Art. 116. As receitas originadas por aplicações financeiras oriundas das Reservas e Fundos do Plano reverterão para os mesmos.

Art. 117. A(s) Patrocinadora(s) e/ou o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) integralizar, na forma deliberada pelo Conselho Deliberativo da FUNDAÇÃO COPEL, ouvido o atuário, o montante das reservas atuarialmente calculadas, para fazer frente aos recursos necessários para reequilíbrio atuarial, caso existente.

CAPÍTULO XV - PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO E DA MENSALIDADE

Art. 118. Os recolhimentos referentes às mensalidades das Patrocinadoras, dos Beneficiários Titulares e seus respectivos Dependentes, bem como os valores referentes à coparticipação, deverão ser transferidos à FUNDAÇÃO COPEL em até dois dias úteis após os respectivos débitos em folha de pagamento.

Art. 119. Em caso de Beneficiários Vinculados ou Autopatrocínados, os recolhimentos tratados no artigo anterior deverão ocorrer por meio de boleto de cobrança bancária ou outro meio que venha a ser viabilizado.

Art. 120. Na impossibilidade de se efetuar o pagamento das mensalidades e da coparticipação por meio de folha de pagamento, ficará o Beneficiário Titular obrigado ao recolhimento por boleto bancário ou outra forma determinada pela FUNDAÇÃO COPEL.

Art. 121. Aderindo ao **PROSAÚDE III**, o Beneficiário Titular ou seu responsável autoriza os descontos das mensalidades e da coparticipação.



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

Parágrafo único. Os Beneficiários reconhecem que o valor da mensalidade e da coparticipação são revestidos de liquidez e certeza, caracterizando-se como título executivo de natureza extrajudicial, para todos os fins.

Art. 122. Cada Beneficiário Titular é responsável pelo recolhimento da contribuição atribuída pelo plano de custeio vigente para ele próprio e para todos os seus Dependentes.

Art. 123. O pagamento antecipado da mensalidade não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência fixados no Regulamento.

Art. 124. Nenhum pagamento via boleto bancário será reconhecido como efetuado ao **PROSAÚDE III** se o Beneficiário não possuir comprovante devidamente autenticado pelo agente recebedor ou se não observar a forma estabelecida para o pagamento.

Art.125. O não pagamento da mensalidade e outras contraprestações nos seus vencimentos pelos **Beneficiários**, além da penalidade da exclusão prevista neste instrumento quando aplicável acarretará a imposição de multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em aberto, cujo principal, acrescido da multa, será corrigido monetariamente com base no INPC ou em outro índice que legalmente vier a substituí-lo, aplicado “pro rata die” desde a data do vencimento até a data da efetiva liquidação do débito, além dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração.

Art. 126. Não se verificando o recolhimento direto nos casos previstos neste Regulamento, e em caso de inobservância por parte das **Patrocinadoras**, pagarão elas à FUNDAÇÃO COPEL, multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em aberto, cujo principal, acrescido da multa, será corrigido monetariamente com base no INPC ou em outro índice que legalmente vier a substituí-lo, aplicado “pro rata die” desde a data do vencimento até a data da efetiva liquidação do débito, além dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração.

Art. 127. As mensalidades serão cobradas proporcionalmente às datas de adesão e/ou exclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes, de forma “pro rata die”.

CAPÍTULO XVI – REAJUSTE

Seção I – REAJUSTE ANUAL

Art. 128. O plano de custeio do **PROSAÚDE III**, que definirá o reajuste da mensalidade, será definido com base na utilização e na evolução dos custos dos serviços de saúde, segundo avaliação atuarial.



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

Parágrafo único. Os reajustes serão aplicados anualmente ou na menor periodicidade possível, observada a legislação aplicável.

Art. 129. O custeio do **PROSAÚDE III** será atendido pelas seguintes fontes de recursos:

- I. Contribuição mensal das PATROCINADORAS listadas no artigo 2º deste Regulamento;
- II. Mensalidade dos Beneficiários Titulares e Dependentes;
- III. Coparticipação e franquia, previstas neste Regulamento;
- IV. Receitas de aplicações financeiras;
- V. Reservas técnicas já existentes: e
- VI. Dotações, doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos anteriores.

Art. 130. Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

§1º Os reajustes terão como data-base o mês de dezembro de cada ano.

§2º Independentemente da data de inclusão do Beneficiário no plano, os valores das mensalidades serão sempre reajustados integralmente na data de aniversário do plano.

Seção II - DO REAJUSTE POR AUMENTO DE SINISTRALIDADE

Art. 131. A FUNDAÇÃO COPEL poderá proceder recálculo nas contribuições do plano sempre que ocorrerem as seguintes distorções (sinistralidades), cumulativas ou isoladas, observada a legislação vigente:

- I. Aumento imprevisível na frequência de sinistros ou na utilização de serviços;
- I. Aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções praticadas sobre as contribuições do presente plano.

Parágrafo único. Poderá ainda a **FUNDAÇÃO COPEL** utilizar-se de aportes de capital quando determinada sinistralidade, por evento, seja superior a 75% (setenta e cinco por cento) do preço prêmio mensal.

Art. 132. Os reajustes financeiros e atuariais serão aplicados a todos os Beneficiários, independentemente da idade dos mesmos.

CAPÍTULO XVII – FAIXAS ETÁRIAS

Art. 133. A contribuição mensal do Beneficiário Titular e de seus respectivos

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Dependentes corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, de acordo com a faixa etária de cada Beneficiário.

Art. 134. As faixas etárias são as seguintes:

00 (zero) a 18 (dezoito) anos	0,0%;
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	40,0%
24 (vinte e quatro) anos a 28 (vinte e oito) anos	28,0%
29 (vinte e quatro) anos a 33 (vinte e oito) anos	20,0%
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	5,0%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	10,0%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	8,0%
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	30,0%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	16,0%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	40,0%

Art. 135. Ocorrendo alteração na idade de qualquer Beneficiário (Titular ou Dependente), que signifique deslocamento para próxima faixa etária, a mensalidade será aumentada automaticamente a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores estipulados para a devida faixa etária.

Parágrafo Único: Os limites etários das faixas, os valores das mensalidades e as respectivas variações etárias, constam da tabela de contribuição aprovada anualmente pela FUNDAÇÃO COPEL, amplamente divulgada entre os Beneficiários.

Art. 136. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 137. As mensalidades reajustadas por sinistralidade não se confundem com os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III****CAPÍTULO XVIII – RESCISÃO**

Art. 138. Neste Regulamento não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de Beneficiário.

Parágrafo Único: A FUNDAÇÃO COPEL poderá encerrar a operação do plano de saúde quando houver decisão da competente instância decisória, desde que atendidas às disposições legais e da ANS.

CAPÍTULO XIX – DISPOSIÇÕES GERAIS**Seção I - OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS**

Art. 139. São obrigações dos Beneficiários Titulares e de seus respectivos Dependentes:

I. Conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do **PROSAÚDE III** por si próprio e por seus Dependentes, respondendo por qualquer irregularidade praticada, que fira ou possibilite o descumprimento das regras estabelecidas;

II. Submeter-se à perícia médica e/ou odontológica sempre que necessário e prestar esclarecimentos sobre a utilização de um benefício ou serviço do **PROSAÚDE III**, sempre que solicitado a fim de contribuir com os trabalhos de auditoria médica;

III. Formalizar a exclusão de qualquer Dependente que, de acordo com o Capítulo V deste Regulamento, venha a perder a condição de Beneficiário do **PROSAÚDE III**, salvo as condições de perda automática do benefício;

IV. Responsabilizar-se formalmente pelos débitos que porventura houverem das despesas geradas no **PROSAÚDE III** em caso de exclusão do plano, corrigidos pela variação do INPC ou outro índice que venha a substituí-lo, acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e outros encargos previstos no presente Regulamento;

V. Responsabilizar-se por eventuais débitos e danos causados pela utilização indevida quando da exclusão do plano;

VI. Contribuir mensalmente com o valor determinado pela FUNDAÇÃO COPEL ao **PROSAÚDE III**;

VII. Fornecer e manter atualizados os dados cadastrais junto a FUNDAÇÃO COPEL.

Seção II - OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO COPEL

Art. 140. São obrigações da FUNDAÇÃO COPEL:

I.I. Conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do **PROSAÚDE III**,



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

respondendo por qualquer irregularidade praticada, que fira ou possibilite o descumprimento das regras estabelecidas;

II. Administrar o **PROSAÚDE III**, aplicando os recursos arrecadados e disponíveis nos Fundos e efetuando o pagamento das despesas originadas pela utilização dos benefícios ou serviços aos prestadores;

III. Efetuar as cobranças das mensalidades, da coparticipação e demais contraprestações dos Beneficiários através de desconto em folha, boleto bancário ou débito em conta corrente, conforme caso;

IV. Decidir condutas frente as transgressões deste Regulamento.

Seção III - OBRIGAÇÕES DAS PATROCINADORAS

Art. 141. São obrigações das Patrocinadoras:

I. Proceder ao desconto das mensalidades e da coparticipação na folha de pagamento dos Beneficiários Titulares repassando os valores para a FUNDAÇÃO COPEL;

II. Repassar o valor correspondente a sua participação no **PROSAÚDE III**, dos Beneficiários Titulares e de seus Dependentes;

CAPÍTULO XX – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 142. Este Regulamento poderá sofrer alterações, cancelamentos ou adaptações no todo ou em parte, a qualquer momento, em função de fatos não previstos, tendo sempre como preocupação não causar prejuízos aos Beneficiários e em conformidade com a legislação vigente.

Art. 143. Os casos omissos ou silenciados nesse Plano serão objeto de avaliação, em primeira instância pela Diretoria Executiva e em instância de recurso pelo Conselho Deliberativo da **FUNDAÇÃO COPEL**.

Art. 144. A administração do **PROSAÚDE III** será realizada de forma direta pela FUNDAÇÃO COPEL, vedada sua terceirização, ressalvados convênios de reciprocidade com entidades congêneres de acordo com política interna da instituição.

Art. 145. A aprovação deste Regulamento, bem como as necessidades de alterações regulamentares deverão ser obrigatoriamente aprovadas pela Diretoria Executiva e pelo Conselho Deliberativo da FUNDAÇÃO COPEL.

Art. 146. O não cumprimento das normas ou deste Regulamento por parte do



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

Beneficiário exime a FUNDAÇÃO COPEL de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos adotados contrariando os dispositivos regulamentares e sem a sua autorização.

Art. 147. É prerrogativa da FUNDAÇÃO COPEL, quando entender necessário, exigir que nas solicitações médicas constem justificativas médicas para sua realização, assim como demais informações necessárias para tal avaliação.

Art. 148. Normas Técnicas de Benefícios poderão fazer parte deste regulamento, no sentido estrito do esclarecimento, detalhamento ou disciplinamento de condutas ou práticas necessárias no atendimento aos benefícios e Beneficiários deste plano de saúde.

Art. 149. A revisão do presente Regulamento dar-se-á sempre que necessário.

CAPÍTULO XXI - ELEIÇÃO DE FORO

Art. 150. Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Regulamento, fica eleito o foro de domicílio do Beneficiário Titular.

Art. 151. Este Regulamento entrará em vigor a partir de aprovação pelo Conselho Deliberativo.

APROVAÇÃO: 269ª reunião extraordinária do Conselho Deliberativo, realizada em 02/08/2018.

GLOSSÁRIO

Para efeito deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

Aceite da inscrição – É a data de implantação no sistema eletrônico da **FUNDAÇÃO COPEL**, inclusive para contagem dos prazos de carência.

Acidente Pessoal – É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de qualquer outra causa, torne necessário o atendimento médico.

Ações de Planejamento Familiar – Para fins da cobertura prevista no inciso II do artigo 23 deste Regulamento são adotadas as seguintes definições:

- planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

- concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

- anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

- atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos Beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

- aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

- atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: Autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

Área de abrangência geográfica – Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde previstas no Regulamento.

Assistidos – Os participantes ou seus Beneficiários em gozo de benefício de prestação continuada de acordo com os planos previdenciários administrados pela FUNDAÇÃO COPEL.

Atendimento eletivo – Termo usado para designar os atendimentos de saúde que podem ser programados ou agendados com antecedência à realização do(s) procedimentos(s).

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Ato médico ou **ato profissional de médico** - é a ação ou o procedimento profissional praticado por um médico com os objetivos gerais de prestar assistência médica, investigar as enfermidades ou a condição de enfermo ou ensinar disciplinas médicas. Como prática clínica, é sempre exercida em favor de paciente que lhe solicitou ajuda ou está evidente que dela necessita, mediante contrato implícito ou explícito, utilizando os recursos disponíveis nos limites da previsão legal, da codificação ética, da possibilidade técnico-científica, da moralidade da cultura e da vontade do paciente. Essa ação ou procedimento deve estar voltada para o incremento do bem-estar das pessoas, a profilaxia ou o diagnóstico de enfermidades, a terapêutica ou a reabilitação de enfermos.

Autopatrocinados – É aquele Participante Ativo que teve o seu contrato de trabalho rescindido com a Patrocinadora ou licenciado sem remuneração que permaneça contribuindo financeiramente, de acordo com o estabelecido no Plano de Custeio do Regulamento do Plano de Benefícios Previdenciários.

Avaliação atuarial – É o estudo técnico-científico que, com base em informações relacionadas à frequência de utilização dos benefícios em determinado período de tempo, perfil da carteira de clientes, premissas biométricas e financeiras, realiza projeções de despesas futuras, no sentido de se prever as receitas necessárias ao funcionamento do plano de saúde.

Beneficiário – Pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui dos serviços pactuados no Regulamento.

Beneficiário titular – Beneficiários previstos no inciso I do artigo 6º deste Regulamento.

BRASÍNDICE – Publicação comercial periódica, que reproduz e divulga os preços máximos de venda de medicamentos ao consumidor, autorizados pelo Governo Federal.

Carência – Prazo ininterrupto, contado a partir da data de aceitação da inscrição junto ao **PROSAÚDE III**, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Tabela Referencial de valores de procedimentos e honorários médicos, publicada periodicamente pela Associação Médica Brasileira.

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde - 10ª revisão.

Cirurgias Ambulatoriais – São cirurgias de pequeno porte, de média e baixa



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

complexidade, que requerem anestesia local ou anestésias de pequeno porte realizadas em salas cirúrgicas localizadas em clínicas médicas, clínicas odontológicas e/ou em instalações hospitalares, não requerendo a necessidade de internação hospitalar pós-operatória.

Cirurgias Eletivas – São cirurgias que podem ser programadas ou agendadas com antecedência à realização do procedimento.

Cirurgia de Emergência – São cirurgias que necessitam acontecer no menor prazo possível, pois, a sua não execução pode causar risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital.

Cirurgia de Urgência – São cirurgias resultantes de eventos de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, cuja não execução pode acarretar agravos à saúde.

Cirurgia Hospitalar – São cirurgias de pequeno, médio e grande porte, de média a alta complexidade, realizadas em centro cirúrgico de hospitais e/ou clínicas especializadas devidamente capacitadas para tal, que dadas as características da cirurgia, requerem internação hospitalar pós-cirúrgica e acompanhamento médico pós-operatório.

Cirurgias Odontológicas – São exemplos de cirurgias odontológicas cobertas pelo **PROSAÚDE III**:

–Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial: Tem por finalidade tratar deformidades faciais e de mandíbula, congênicas (nascidas com a pessoa) ou adquiridas; traumas e tumores da boca;

–Cirurgia Ortognática: É a parte integrante da cirurgia bucomaxilofacial e destina-se a corrigir ou restabelecer um padrão facial e de oclusão considerado normal, para pessoas que tenham um desenvolvimento dos ossos da face fora do padrão. São consideradas cirurgias ortognáticas, aquelas com finalidade de correção de prognatismo (mandíbula proeminente), e micrognatismo (mandíbula retraída) ou laterognatismo;

–Cirurgia Periodontal: Tem por finalidade tratar de correções de defeitos e doenças dos tecidos de sustentação dos dentes (gengivas e ossos), assim como de infecções da cavidade bucal com intervenções através de cirurgias e complementadas por raspagens e alisamento dos tecidos dentários, para o controle da chamada doença periodontal;

–Cirurgia Oral Menor: Tem por finalidade realizar outros procedimentos cirúrgicos odontológicos de menor complexidade e de outras especialidades odontológicas;



REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III

–Cirurgias para colocação de implantes dentários: Têm por finalidade inserir dispositivo implantável para fixação de dentes artificiais, assim chamados implantes dentários, e cirurgias pré-implantes como enxertos ósseos e levantamentos do seio maxilar.

Contrato – O contrato de planos coletivos que neste caso está representado por este Regulamento.

Convênio de Adesão – Convênio firmado entre a FUNDAÇÃO COPEL e as Patrocinadoras, no qual são estabelecidas as condições de contratação do Plano de Saúde, coparticipações, formas de repasse das contribuições, entre outros.

Coparticipação – É a participação na despesa assistencial de responsabilidade do Beneficiário, a ser paga pelo beneficiário diretamente à FUNDAÇÃO COPEL após a realização do procedimento, cuja cobrança pode ocorrer por desconto em folha de pagamento ou por boleto bancário, após o processamento da conta do evento de saúde que deu origem.

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar – Órgão deliberativo instituído pela Lei 9656/98 e composto por Ministros de Estado com a finalidade de deliberar, através de Resoluções, pelas diretrizes e condições de funcionamento do sistema de saúde suplementar.

Cuidador – Pessoa em pleno gozo de suas capacidades físicas e mentais, devidamente preparada e capacitada para responsabilizar-se, no âmbito domiciliar, pelos cuidados de Beneficiário em atendimento domiciliar quando autorizado pela FUNDAÇÃO COPEL.

Declaração de Saúde – Documento padrão da FUNDAÇÃO COPEL, no qual o Beneficiário aponta suas condições de saúde e da existência de lesões ou doenças preexistentes, por ocasião do Pedido de Inscrição.

Dependente – Pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas neste Regulamento.

Doença Crônica – Aquela de origem genética ou adquirida, com tratamento por prazo indeterminado, cujos tratamentos quando iniciados conseguem equilibrá-la e/ou mantê-la sob controle, apenas minimizando os seus efeitos, porém não curando.

Doença Eventual – Aquela adquirida em função de condições de instabilidade da saúde, oportunistas, por condições desfavoráveis da resistência do organismo, de períodos de curta a média duração, cujos tratamentos quando iniciados conseguem equilibrá-la e eliminá-la do seu agente causador e de suas consequências.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Doença Eventual de Tratamento Prolongado – Aquela adquirida em função de condições de instabilidade da saúde, oportunistas, por condições desfavoráveis da resistência do organismo, de períodos de tratamento de média a longa duração, cujos tratamentos quando iniciados conseguem equilibrá-la e eliminá-la do seu agente causador e de suas consequências.

Doença Terminal – Aquela como consequência de doença eventual e/ou crônica, em que todos os recursos terapêuticos e cirúrgicos foram utilizados na tentativa do restabelecimento de saúde do Beneficiário e cuja situação clínica do mesmo não responde mais aos tratamentos realizados, levando o paciente a cuidados paliativos e a curto e médio prazo o óbito do Beneficiário.

DUT - Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, emitidos pela ANS.

Emergência – É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Escritura pública de convivência – É a declaração de vida em comum, com a máxima força probante, estando revestido de fé pública por ter sido realizada junto ao tabelião denotas.

Exame – É o procedimento complementar solicitado pelo médico ou cirurgião dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do Beneficiário.

Franquia – É a participação na despesa assistencial de responsabilidade do Beneficiário, a ser paga pelo mesmo diretamente à operadora após a realização do procedimento, cuja cobrança pode ocorrer por desconto em folha de pagamento ou por boleto bancário, após o processamento da conta do evento de saúde que deu origem e cujo modelo de benefício atribuí ao Beneficiário uma participação inicial sobre o procedimento, valendo as demais coberturas somente após essa participação.

Imperativo Clínico – Condições clínicas que exijam suporte hospitalar em pacientes com doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas, renais, distúrbios de coagulação e pacientes com necessidades especiais que, por indicação médica, demandem sedação para realização do procedimento odontológico com segurança.

Implantes Odontológicos – Dispositivo artificial implantável por cirurgia ambulatorial, com a finalidade de permitir a fixação de dentes artificiais.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Listagem Referencial de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da FUNDAÇÃO COPEL – É a lista com itens/produtos padronizados, não experimentais, nacionais ou nacionalizados, registrados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e com reconhecimento da comunidade científica, com cobertura pelo **PROSAÚDE III** e respectivos valores base para negociação junto à rede credenciada/referenciada e para os reembolsos aos Beneficiários.

Medicina nuclear – é uma especialidade médica que emprega fontes abertas de rádionuclídeos (átomos radioativos de um elemento químico) com finalidade diagnóstica e terapêutica. Habitualmente, os materiais radioativos são administrados in vivo e apresentam distribuição para determinados órgãos ou tipos celulares. Esta distribuição pode ser ditada por características do próprio elemento radioativo, como no caso das formas radioativas do iodo, que a semelhança do iodo não- radioativo é captado pela tireóide que o emprega na síntese hormonal. Outras vezes, o elemento radioativo é ligado a um outro grupo químico, formando um radiofármaco com afinidade por determinados tecidos.” - Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear a Imagem Molecular(SBBMN).

Médico Assistente – É o profissional responsável pelo atendimento específico do Beneficiário e responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao Beneficiário.

Normas Técnicas de Benefícios – Representam normas internas que se referem à conceituação, esclarecimentos, disciplinamentos e condições adicionais de coberturas e valores, de forma a permitir o entendimento padronizado quanto a determinado assunto relacionado ao plano de saúde de forma geral.

Órtese – É entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Patrocinadora – É a denominação atribuída, além da Patrocinadora Instituidora, a qualquer pessoa jurídica que seja responsável pelo pagamento à FUNDAÇÃO COPEL de parte do custeio destinado a seus empregados.

Patrocinadora Instituidora – É a Companhia Paranaense de Energia –COPEL.

Pedido de Inscrição – Documento padrão da FUNDAÇÃO COPEL, no qual a pessoa manifesta sua inscrição e/ou de seus dependentes junto ao **PROSAÚDE III**.

Portadores de Necessidades Especiais – Pessoas que pela sua condição de

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

incapacidade física e/ou mental exigem atenção especial e específica a cada caso.

Prótese – É entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Prótese Odontológica – Dispositivo artificial nacional, que substitui o dente ou parte dele.

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 que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

Referencial Odontológico – Lista de valores para honorários e procedimentos odontológicos, prestados pela FUNDAÇÃO COPEL junto à rede credenciada/referenciada, e para reembolso aos Beneficiários.

Referencial de Remoções da FUNDAÇÃO COPEL – Lista de especificações dos tipos de remoções e de seus respectivos valores, base para negociação com a rede credenciada e para reembolso de Beneficiários na utilização de livre escolha.

Referencial Médico – Lista de valores para honorários e exames de forma geral pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, de acordo com o número da edição adotada e com as bases de cobertura praticadas pela FUNDAÇÃO COPEL, não contemplando os valores de forma integral como apresentados na CBHPM, podendo ser complementados e/ou esclarecidos através de Normas Técnicas de Benefícios –NTBs.

Referenciais de Procedimentos, Diárias e Taxas Hospitalares da FUNDAÇÃO COPEL – Listagem referencial de itens de cobertura e respectivos valores praticados junto à rede credenciada/referenciada e base para os reembolsos de Beneficiários.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – Listagem de procedimentos publicada periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, constituindo referência básica de cobertura pelos planos privados de assistência à saúde.

Rol de Procedimentos Odontológicos – Listagem de procedimentos odontológicos, publicada periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, constituindo referência básica de cobertura pelos planos privados de assistência à saúde.

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE III**

Urgência – Ação resultante de eventos de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, cuja não execução pode acarretar agravos à saúde.

Vacina dessensibilizante – São aquelas utilizadas para controle de alergias resistentes à tratamento habitual, de forma crônica e persistente, aplicadas em série, podendo ser composta de única dose ou doses sequenciais.

Vacina por similitude – São aquelas vacinas destinadas a uma finalidade, mas utilizadas para finalidade diversa.

Vinculado – É o beneficiário que através de requerimento formalizado, além de suas mensalidades, assume o pagamento integral das contribuições da Patrocinadora, mantendo-se filiado em um dos planos previdenciários.

Vínculo afetivo – Para este Regulamento e exclusivamente para obtenção dos benefícios nele previstos são equiparadas à inscrição de cônjuge, a inscrição de companheiras(os), de acordo com as documentações exigidas.