

REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE – PROSAÚDE IV

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 nº 35515-1;
- 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 IV**.

Seção II - QUALIFICAÇÃO DAS PATROCINADORAS

Art. 2º. A contratação do **PROSAÚDE IV** 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, Mossungue, 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, Mossungue, Bloco C, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.368.898/0001-06, denominada **COPEL DIS**;
- 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**;



VI. **COPEL SERVIÇOS. 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 19.126.003/0001-02, denominada **COPEL SERVIÇOS**;

Parágrafo único: A contratação do **PROSAÚDE IV** poderá ser feita, ainda, entre a **FUNDAÇÃO COPEL** e novas Patrocinadoras do Plano de Benefícios Previdenciários administrados por esta, que porventura venham a aderir ao produto deste regulamento, bastando, para isso, firmarem Convênio de Adesão.

CAPÍTULO II - OBJETO DO PROSAÚDE IV

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 da cobertura e benefício adicional de Home Care conforme disposto nesse Regulamento;

II. Regulamento com características de contrato por adesão, na forma do Código Civil Brasileiro, bem como ao contido na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e na Lei Complementar nº 109, de 21 de maio de 2001, assumindo os Beneficiários o risco de não existir a cobertura da referida assistência pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **FUNDAÇÃO COPEL** em garanti-la;

III. O **PROSAÚDE IV** 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 seus termos.

CAPÍTULO III - CARACTERÍSTICAS DO PROSAÚDE IV

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

I. Nome comercial **PROSAÚDE IV**, registrado na ANS sob nº 500.679/24-1, com data de registro e autorização em 06/11/2024;

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 cobertura adicional de home care, em conformidade com as normas técnicas anexas a este Regulamento;

IV. A abrangência geográfica do **PROSAÚDE IV** - 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 IV** assegurará, adicionalmente, e por meio de convênio de reciprocidade, as coberturas de assistência à saúde para o Beneficiário que se encontrar fora do Estado do Paraná, desde que esteja residindo naquela localidade provisoriamente e por motivo de trabalho, de acordo com o disposto no art. 21, §2º, da RN 137/2006 e suas alterações.

Art.5º. 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.

Art. 6º. O **PROSAÚDE IV** destina-se às pessoas com relação empregatícia ou estatutária, demitidos ou aposentados das Patrocinadoras desde que inscritos no Plano de Benefícios Previdenciários administrado pela **FUNDAÇÃO COPEL**, bem como aos 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 557/2022 e suas alterações.

§1º. A adesão ao **PROSAÚDE IV** é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento, bem como a adesão do grupo familiar dependerá da inscrição do Beneficiário Titular no **PROSAÚDE IV**.

§2º. A adesão e manutenção do Beneficiário Titular e de seus Dependentes no **PROSAÚDE IV** dependerá de prévia inscrição do Beneficiário Titular em qualquer um dos

Planos Previdenciários administrado pela FUNDAÇÃO COPEL, com exceção do previsto na Seção II deste Capítulo.

Seção I - CLASSIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E DA INSCRIÇÃO

Art. 7º. Os Beneficiários classificam-se em:

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

a) Empregados ativos das Patrocinadoras, devidamente inscritos no inscritos em qualquer um dos planos previdenciários administrado 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 por demissão sem justa causa que se mantenham na qualidade de autopatrocinado ou vinculado, na forma do Regulamento dos Planos Previdenciários, optando pela permanência no **PROSAÚDE IV**, observando a Seção II, deste Capítulo;

e) Aposentados pelo INSS que façam sua opção pela permanência no **PROSAÚDE IV**, observando a Seção II, deste Capítulo.

f) Pensionista pela **FUNDAÇÃO COPEL**, observado o disposto nos parágrafos 3º e 4º do art. 10º deste regulamento;

II. Beneficiários Dependentes, desde que o Beneficiário Titular esteja devidamente inscrito em um dos Planos Previdenciários administrado pela Fundação Copel e, também, no Plano de Saúde **PROSAÚDE IV**:

a) Cônjuge ou companheiro(a) observado o disposto no parágrafo segundo deste artigo;

b) Recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, isentos 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;



- c) Filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante;
- d) filhos solteiros e enteados solteiros até 21 (vinte e um) anos incompletos;
- e) filhos solteiros entre 21 (vinte e um) anos completos e 24 (vinte e quatro) anos incompletos, desde que estudantes universitários, sob pena de mudança de condição;
- f) filhos e enteados não enquadrados nas alíneas "e", "f" e "h", 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 determinada pela Previdência Social, com emissão e apresentação do respectivo laudo a **FUNDAÇÃO COPEL**;
- h) menores de 18 (dezoito) anos, solteiros, sob guarda ou tutela, bem como curatelados, comprovados por documento legal;
- i) ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) quando o Beneficiário Titular se manifestar formalmente junto ao **PROSAÚDE IV** pela manutenção da sua inscrição, na forma do §2º deste artigo.

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

§2º Ao beneficiário titular é facultado escolher:

- I. Manter o(a) ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) no **PROSAÚDE IV** ou;
- II. Inscrever o(a) atual cônjuge ou companheiro(a) no **PROSAÚDE IV**.

§3º Não é permitida a permanência concomitante dos Beneficiários descritos nos incisos I e II, do §2º acima disposto.

§4º Somente é possível a inscrição de enteados nos casos em que o cônjuge/companheiro(a) do Beneficiário Titular esteja devidamente inscrito(a) no **PROSAÚDE IV**.

Art. 8º. A inscrição no **PROSAÚDE IV** 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 IV**, 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 em um dos planos Previdenciários da **FUNDAÇÃO COPEL** e manifeste formalmente sua vontade, assumindo o pagamento integral das mensalidades, sem prejuízo do disposto na Seção II deste Capítulo.

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

Seção II – DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PROSAÚDE IV PARA O BENEFICIÁRIO QUE ALTERAR SUA CONDIÇÃO PARA APOSENTADO, PENSIONISTA, VINCULADO OU AUTOPATROCINADO

Art. 10º. O Beneficiário que alterar sua condição para Aposentado, Pensionista, Vinculado ou Autopatrocinado, desde que inscrito em um dos planos Previdenciário administrado pela FUNDAÇÃO COPEL, além de seus Dependentes, deverá fazer nova inscrição no **PROSAÚDE IV**, sem o cumprimento de carências, no prazo máximo de:

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

§1º. Após o prazo fixado neste artigo, ocorrerá o cancelamento do **PROSAÚDE IV** do Beneficiário e de seu grupo familiar, arcando o mesmo integralmente com o ônus decorrente 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 IV**, desde que já esteja inscrito no plano de saúde antes do óbito do Beneficiário Titular.

§5º Caso o reconhecimento da pensionista dependa de declaração do INSS, o prazo de 30 dias poderá ser estendido até que sobrevenha comunicação oficial do INSS, porém, pagando integralmente mensalidade e coparticipações até o efetivo cumprimento da condição.

Seção III – DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PROSAÚDE IV PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

Art. 11. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PROSAÚDE IV**, em decorrência de vínculo mantido junto às Patrocinadoras, no caso de demissão sem justa 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, ou seja, acrescido do valor pago à título de subsídio pelas Patrocinadoras, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação da ANS.

§1º. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário do **PROSAÚDE IV** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

§2º. A opção mencionada no parágrafo anterior deverá ser formalizada junto a **FUNDAÇÃO COPEL** por meio de pedido de adesão/ manutenção, dentro do prazo descrito, sob pena de extinção do vínculo com o **PROSAÚDE IV**.

§3º. O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do seu tempo de permanência no **PROSAÚDE IV**, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, findo qual o Plano de Saúde será automaticamente cancelado, conforme legislação específica.

§4º. A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§5º. Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes inscritos no **PROSAÚDE IV**, obedecida a forma (Pedido de Inscrição) e o prazo estipulados para a manutenção do Titular, desde que assumam o pagamento integral da contribuição mensal, bem como suas coparticipações.

§6º. O direito assegurado no artigo 30 Lei nº 9.656, de 1998, se extinguirá na hipótese de cancelamento do **PROSAÚDE IV** pelas Patrocinadoras.

§7º. O direito de manutenção no **PROSAÚDE IV** deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo Emprego ou cargo público.

§8º O disposto no caput e em seus parágrafos também se aplicam as situações de licença sem remuneração.

Seção IV – DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PROSAÚDE IV PARA O BENEFICIÁRIO APOSENTADO PELO INSS

Art. 12. 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 assumo 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 assumo 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 IV** é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§3º. Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes inscritos no **PROSAÚDE IV**, obedecida a forma (Pedido de Inscrição) 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 assegurado no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extinguirá na hipótese de cancelamento do **PROSAÚDE IV** pelas Patrocinadoras.

§5º. O aposentado pelo INSS poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário do **PROSAÚDE IV** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação oficial da aposentadoria pelo INSS ao beneficiário.

§6º. Feita a opção, o beneficiário deverá formalizar junto a **FUNDAÇÃO COPEL** pedido de adesão/ manutenção, no prazo descrito no parágrafo anterior, sob pena de extinção do benefício.

Seção V – DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO NO PROSAÚDE IV

Art. 13. Aqueles que se classificam como Beneficiários elencados no art. 7º deste Regulamento poderão requerer sua inscrição encaminhando o Pedido de Inscrição, bem como a cópia dos seguintes documentos devidamente atualizados:

- a) RG;
- b) CPF;
- c) Certidão de Nascimento em caso do(a) beneficiário(a) ser solteiro(a);
- d) Certidão de Casamento atualizada com averbação, se for o caso, de divórcio, separação ou óbito;
- e) Escritura Pública de União Estável registrada em cartório, no caso de inscrição de companheiro(a) como Beneficiário(a) Dependente;
- f) Escritura Pública registrada em Cartório ou Decisão Judicial de dissolução de união estável, se for o caso;

- g) Termo de Curatela onde conste o nome do Beneficiário Titular como Curador;
- h) Termo de guarda ou tutela do menor onde conste o nome do Beneficiário Titular como tutor ou responsável;
- i) Apresentação de declaração de matrícula de Beneficiário Dependente em instituição de ensino;
- j) Comprovante de residência dos beneficiários titular e dependentes;

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 IV** nas seguintes ocorrências:

I. A qualquer tempo, havendo solicitação por escrito, por telefone ou por meio do portal da operadora, pelo Beneficiário Titular ou seu representante legal (sendo necessário apresentar procuração atualizada – com data de validade de 30 dias a contar da data da assinatura – com poderes específicos);

II. Na rescisão do contrato de trabalho com a Patrocinadora, ressalvado o disposto no Capítulo IV deste Regulamento;

III. Quando o desligamento do Beneficiário Titular da Patrocinadora tiver ocorrido por Justa Causa;

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

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 IV**, **estando a sua liberação condicionada ao pagamento total 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 116, 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, sendo aplicadas as penalidades previstas em norma técnica nº 1709/2023 disponibilizada na página eletrônica www.fcopel.org.br, tendo como pena máxima o cancelamento definitivo do **PROSAÚDE IV** por decisão da Diretoria Executiva, na forma prevista no Estatuto da **FUNDAÇÃO COPEL** e observada a 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 IV** nas seguintes situações:

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

II. Quando perderem as condições de elegibilidade apontadas nos artigos 7º e 8º;

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

IV. Em casos de fraude, terá o cancelamento definitivo do **PROSAÚDE IV**, devidamente apurada e comprovada em processo administrativo interno, sendo aplicadas as penalidades previstas em norma técnica nº 1709/2019 disponibilizada na página eletrônica www.fcopel.org.br, tendo como pena máxima o cancelamento definitivo do **PROSAÚDE IV**

por decisão da Diretoria Executiva, na forma prevista no Estatuto da **FUNDAÇÃO COPEL** e observada a legislação vigente, além de responder pelos prejuízos causados pela utilização fraudulenta.

§1º. No caso de falecimento do Beneficiário Titular, o grupo familiar será excluído automaticamente do **PROSAÚDE IV**, devendo ser feita nova inscrição, observando-se o disposto no artigo 10 e 12 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 IV**, podendo o Beneficiário Titular se manifestar pela opção de permanência daquele, observando-se o artigo 7º, parágrafo 2º, deste Regulamento.

CAPÍTULO VI - DOS BENEFÍCIOS

Art. 16. O **PROSAÚDE IV** 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 (CID 10).

§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

Art. 17. Aos Beneficiários 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 IV** 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. Por ocasião do retorno para apresentação de exames, não será cobrada nova consulta, desde que ocorra em até 30 (trinta) dias.

§2º. Poderão ser objeto de cobrança 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. São necessárias a autorização prévia da **FUNDAÇÃO COPEL**, acompanhada de reavaliação/ justificativa do médico assistente, a cada 30 (trinta) sessões realizadas;

II. A necessidade de reavaliação pelo médico assistente poderá ser estendida para até 6 (seis) meses para tratamentos de caráter contínuo, devidamente justificado pelo médico assistente em laudo de avaliação inicial e assim caracterizados por avaliação médica prévia da **FUNDAÇÃO COPEL**, 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 beneficiário ou justificativa médica, e consequente necessidade de construção de novo plano fisioterapêutico.

Art. 20. Avaliação inicial e consultas/sessões de **Psicologia**, em número limitado a 52 (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 a justificativa do mesmo para a sua realização.

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

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 peritoneal – 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 nº 002/201 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 89 e 90, respectivamente;

XI. Sessões de Acupuntura: Cobertura de sessões, observando-se a franquia e coparticipação nos artigos 89 e 90, respectivamente.

XII. Manutenção e reparo nos componentes externos do Implante coclear: apresentação da solicitação médica, justificativa, indicação do modelo do dispositivo e orçamentos do reparo, observando-se a coparticipação no artigo 90.

XIII. Implante coclear com apresentação da solicitação médica, justificativa e indicação do modelo do dispositivo, observando-se a coparticipação no artigo 90.

XIV. Além dos atendimentos realizados em consultórios e clínicas também são considerados procedimentos ambulatoriais todos aqueles realizados em ambiente hospitalar com permanência de até 06 (seis) horas, observando-se a coparticipação no artigo 90.

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 é de 70% (setenta por cento) do valor fixado nas Listagens Referenciais praticadas pelo **PROSAÚDE IV**, observando-se o disposto no art. 90, III.

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 necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de câncer;

IV. Cobertura integral, limitada aos valores estabelecidos nas Listagens Referenciais praticadas pelo **PROSAÚDE IV**, 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 acompanhantes, servidas pelo hospital, serão cobertas pelo **PROSAÚDE IV**, quando os procedimentos que o beneficiário realizar estiverem contemplados no rol da ANS e quando o beneficiário for portadores de necessidades especiais, tiver 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.

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 **PROSAÚDE IV** garantirá a cobertura de despesas havidas pelo(a) beneficiário(a) referentes a cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais 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.

§1º. O **PROSAÚDE IV**, 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 se caracteriza 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 nas Listagens Referenciais praticadas pelo **PROSAÚDE IV**, será com base nas orientações gerais, composições e limites estabelecidos nesse mesmo referencial.

Parágrafo único: Os honorários do instrumentador cirúrgico serão limitados a 10% do valor do porte pago ao médico cirurgião.

Internações Hospitalares

Art. 30. As internações hospitalares pelo **PROSAÚDE IV** contemplam a acomodação hospitalar individual, em apartamento com banheiro privativo e com direito a acomodação para acompanhante.

§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 **PROSAÚDE IV** 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 IV** 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 peritoneal - 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;

j) a cobertura a 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 IV** garante a cobertura de órteses e próteses e dispositivos médicos implantáveis nacionais ou nacionalizados, registrados na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos e desde que previamente autorizados 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 e DMI necessários à execução dos procedimentos cobertos.

§2º. Em caso de divergência médica na concessão do OPME/DMI, será garantida a instauração de junta médica para definição do impasse, cujo membro desempatador será escolhido pelo profissional solicitante do procedimento dentre as possibilidades indicadas pelo médico da **FUNDAÇÃO COPEL**, a remuneração do processo de junta médica ficará a cargo da **FUNDAÇÃO COPEL**.

§3º. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses, próteses e DMI devem seguir a lista disponibilizada e atualizada periodicamente pela ANS em sua página na internet.

Remoções

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

I. Cobertura de remoções por via aérea, convencional ou UTI, entre hospitais e/ou clínicas especializadas situados dentro da área de abrangência do **PROSAÚDE IV**, 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 a recomendação restrita a esse tipo de transporte e o caráter de urgência ou emergência do atendimento, condicionada à prévia avaliação médica perita da **FUNDAÇÃO COPEL**;

II. Cobertura de remoções entre hospitais ou clínicas especializadas, para tratamento médico com internação hospitalar na cidade-destino mais próxima, superior a 24h (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;

III. 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

§2º. Enquadram-se 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.

§3º. Cobertura com base nos valores estabelecidos no REFERENCIAL DE REMOÇÕES DA FUNDAÇÃO COPEL, tanto para serviços credenciados como para o sistema de reembolso.

§4º. 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.

§5º. 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 §3º.

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 IV** 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**, ao beneficiário (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 com médico ou enfermeiro obstetra (sem sobreposição dos mesmos) 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, exceto eventual taxa de disponibilidade. Na eventual cobrança de taxa de disponibilidade a **FUNDAÇÃO COPEL** pagará apenas o valor dos honorários médicos previstos nos contratos vigentes, não podendo existir cobrança em duplicidade de honorário e a referida taxa.

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;

- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo dos beneficiários (titulares ou dependentes), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independente da necessidade de continuidade de eventual internamento;
- 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 pelo beneficiário 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, do beneficiário titular, 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. Não é permitida a inscrição do filho recém-nascido, natural ou adotivo, dos beneficiários dependentes, de acordo com o disposto no art. 7º deste regulamento.

§2º. Caso a inclusão do recém-nascido 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) para um acompanhante indicado pelo beneficiário, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (compreendidas pelas 48 horas após o parto), salvo contraindicação do médico assistente. Referido prazo poderá ser prorrogado até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

§4º No caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares, as despesas de acomodação e refeições são limitadas àquelas fornecidas pelo hospital;

§5º. 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, fígado, 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 IV**, 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 dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 37. Aos Beneficiários do **PROSAÚDE IV** 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 9.175, de 18 de outubro de 2017, 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 deverá, 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 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 IV** serão asseguradas as 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 90 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 como aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais;

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 (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 mediante a cobrança das respectivas coparticipações previstas no artigo 90 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 IV** 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 IV** somente depois de decorrido o prazo mínimo estipulado para cada um destes no Referencial de Serviços Odontológicos da **FUNDAÇÃO COPEL**, e desde que atendidas as 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 auditoria 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 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. O **PROSAÚDE IV** dará 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 serão 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 IV** 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 as 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 por mera liberalidade 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 www.fcopel.org.br.

§5º. Haverá coparticipação quando da utilização de serviços ou procedimentos de próteses odontológicas, conforme definido no artigo 90 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.

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 cirurgiões, auxiliares, despesas hospitalares em geral, materiais e medicamentos usados na cirurgia e durante o período de internamento), com valores limitados aos estabelecidos no Referencial da Fundação Copel.

§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**, desde que anexado laudo médico com CID da doença, a cobertura das 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.

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 pessoas com deficiência, 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 IV assegura as seguintes coberturas adicionais:

- I. Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
- II. Radiografia pósterio-anterior
- III. Radiografia da ATM
- IV. Modelos ortodônticos
- V. Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM – Volumétrica
- VI. Tomografia Odontológica CONEBEAM - Região ou Equivalente a um Hemi-arco – Volumétrica
- VII. Tomografia Odontológica CONE BEAM – 1 Arco Dental – Volumétrica
- VIII. Tomografia Odontológica CONE BEAM – 2 Arcos Dentários – Volumétrica
- IX. Mantenedor de espaço fixo
- X. Mantenedor de espaço removível
- XI. Clareamento de dente desvitalizado
- XII. Manutenção periodontal
- XIII. Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora)
- XIV. Restauração em cerâmica pura – inlay
- XV. Restauração em cerâmica pura – onlay
- XVI. Restauração em cerômero – inlay
- XVII. Restauração em cerômero – onlay
- XVIII. Faceta em cerômero
- XX. Faceta em cerâmica pura
- XXI. Coroa total acrílica prensada
- XXII. Coroa total em cerâmica pura
- XXIII. Coroa total metalo cerâmica
- XIV. 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

- XXIII. Prótese parcial removível com grampos, bilateral
- XXXIV. Prótese parcial removível com grampos, unilateral
- XXXV. Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisa
- 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)
- 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'ring sobre dois implantes
- LVIII. Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes
- LIX. Overdenture barra clipe ou 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 IV 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, com atendimento em consultórios e/ou clínicas especializadas, dentro das seguintes limitações:

I. Cobertura limitada a 6 (seis) elementos para implantes, próteses sobre implantes, intermediários, 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 por mera liberalidade 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 implantes quando substitutivos de próteses e/ou de dentes removidos, que originalmente mantinham a sua funcionalidade ou higidez.

§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 pessoas com deficiência,, 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.

§5º. A repetição de quaisquer procedimentos referentes a implantes terá cobertura pelo **PROSAÚDE IV** 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 - COBERTURA ADICIONAL

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 a cobertura adicional disposta neste capítulo.

Seção I - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Art. 52. O **PROSAÚDE IV** 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 nº 1711/2021 divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br.

II. Dadas as 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 nº 1711/2021 divulgada 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: é a prestação de cuidados clínicos sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do Beneficiário, que está dependente totalmente de assistência ventilatória, tratamento endovenoso, alimentação parenteral, necessitando de serviços de enfermeiro por 24 horas. Não estão previstos neste tipo de internação domiciliar o trabalho do cuidador, ou seja, higiene pessoal, banho, troca de fraldas, alimentação oral, alimentação por sonda gravitacional, mudança de decúbito, transferência do leito para cadeira, troca de curativos simples, administração de medicação oral.

II. Atendimento domiciliar: é o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, direcionadas aos Beneficiários que apresentam limitação funcional. Nesta modalidade de atendimento é possível prestar os serviços em que o profissional visita o paciente em dias e horários programados para realizar o atendimento necessário, retornando no próximo dia programado de acordo com a liberação da operadora. Para estes casos têm-se as seguintes regras:

- 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: é 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 à 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. É necessário que apresente prescrição devidamente justificada pelo médico assistente para o atendimento de forma

continuada sem previsão de alta ou alteração do quadro clínico. Para estes casos têm-se a seguinte regra:

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

§1º. No caso de permanência na mesma modalidade, manter-se-á a faixa de coparticipação até efetiva alta médica, mesmo ocorrendo o aniversário do plano.

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

§3º. Na hipótese de ocorrer alta médica e posterior retorno na modalidade de Atendimento Domiciliar, dentro do mesmo ano de contratação, haverá a retomada da contagem para aplicação da coparticipação.

§4º. Na hipótese de ocorrer alta médica e posterior retorno na modalidade de Atendimento Domiciliar, em ano seguinte (após aniversário do plano), haverá nova contagem para coparticipação.

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

VII. E, ainda, pela inadimplência, quando se tratar das hipóteses descritas no art. 54, II e III, quais sejam, Atendimento Domiciliar ou Acompanhamento Domiciliar.

Art. 56. É expressamente excluído de cobertura o serviço de cuidador, bem como serviços de companhia domiciliar.

§1º Compreendem-se, exemplificativamente, nos serviços de cuidador, as tarefas e atividades da vida cotidiana, que não possuem efetivo caráter médico-ambulatorial, mas que se referem ao dia-a-dia da pessoa, tais como:

- I- Higiene corporal;
- II- Higiene ambiental;
- III- Auxílio para ir à cama e à cadeira de rodas;
- IV- Saídas para banhos de sol;
- V- Trocas de roupas/ fraldas;
- VI- Alimentação, sendo esta via oral ou através de sonda enteral/parenteral,
- VII- Realização de cuidados preventivos;
- VIII- Administração de medicamentos;
- IX- Acompanhamento do beneficiário no deslocamento em remoções, emergências bem como em consultas eletivas.

§2º O cuidador poderá ser membro da família ou terceiro contratado pelo beneficiário e/ou seus responsáveis, às suas expensas.

Art. 57. As condições indispensáveis para autorização de atendimento dentro deste programa estão disponíveis na norma técnica nº 1711/2021 divulgada na página eletrônica www.fcopel.org.br.

CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 58. Respeitadas as coberturas garantidas ao Beneficiário, inclusive a adicional (assistência domiciliar), não terão cobertura pelo **PROSAÚDE IV**, estando expressamente excluídos da 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, hormônio bioidênticos e anti-aging (prevenção do envelhecimento) e demais técnicas experimentais;

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, artigos de toalete e higiene pessoal (fraldas, escova e pasta de dentes, sabonete, entre outros), 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;

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;

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 (CPAP, BIPAP e Concentrador de Oxigênio), botas e talas imobilizadoras, Robofoot e muletas.

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, fertilização in vitro e tratamento de esterilidade;

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. Despesas médicas, hospitalares, odontológicas realizadas no exterior;

XXVII. Tratamentos domiciliares em psiquiatria e psicologia;

XXVIII. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FUNDAÇÃO COPEL sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

XXIX. Processo transexualizador, exceto os casos previstos conforme Portaria GM/MS 2803/2013 e Resolução do CFM nº 2265/2019 e parecer técnico nº 26 da ANS de 2021.

CAPÍTULO IX – CARÊNCIAS

Art. 59. 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.

Art. 60. 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. 61. 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	<ul style="list-style-type: none">• Atendimentos de urgência e emergência
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;• Assistência 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.
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 de sua vinculação às pessoas jurídicas Patrocinadoras.

Art. 62. 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 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.

IV. Para os curatelados que se encontram sob curatela do Beneficiário Titular, desde que inscritos em até 30 (trinta) dias da data da concessão judicial da curatela, 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. 63. Aos Beneficiários Dependentes na condição de cônjuge, companheiro(a), filho(a) e enteado, também são aplicados os prazos de carência estabelecidos no artigo 61 deste Regulamento.

Art. 64. 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 e odontológica), 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 IV**, mediante a apresentação de declaração fornecida pela operadora anterior (chamada “carta de portabilidade”), constando as datas da inscrição e exclusão no Plano, o nome dos Beneficiários, a cobertura contratada e a declaração do cumprimento das carências.



Art. 65. 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. 66. Doença ou Lesão Preexistente (DLP) é aquela que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 67. 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 IV**, 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.

Art. 68. 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 assumo 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 adesão ao **PROSAÚDE IV**, 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 IV**.

Art. 69. 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 (CPT)**.

Parágrafo Único. A **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)** 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. 70. 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.

Art. 71. 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.

Art. 72. Exercendo prerrogativa legal, a **FUNDAÇÃO COPEL** não optará pelo fornecimento do agravo.

Art. 73. 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 IV**, 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 se utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença ou 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 ou lesão pré-existente, pela **FUNDAÇÃO COPEL**, bem como será excluído do **PROSAÚDE IV**.

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

Art. 74. 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. 75. 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. 76. 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. 77. 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.

Parágrafo único: Os procedimentos que não se encaixem em urgência e emergência continuarão submetidos ao cumprimento das demais carências para cobertura.

Art. 78. 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 dor aguda/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 extraoral;
- VIII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral;
- IX. Reimplante de dente avulsionado.

CAPÍTULO XII - SISTEMA DE REEMBOLSO

Art. 79. Os Beneficiários que se valerem de serviços cobertos pelo **PROSAÚDE IV**, prestados por profissionais ou instituições **fora do quadro de**

credenciados/referenciados pelo **PROSAÚDE IV**, 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. O reembolso poderá ser solicitado 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.

§4º. Os reembolsos serão efetuados no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da documentação completa na **FUNDAÇÃO COPEL**, à exceção de situações médico/hospitalares justificáveis, podendo o reembolso ocorrer em menor prazo, e ocorrerão através de crédito em conta corrente do **Beneficiário Titular**.

§5º O reembolso deverá ser solicitado pelo Beneficiário Titular e recebido em conta corrente de sua titularidade. Havendo o óbito do beneficiário titular, o reembolso poderá ser solicitado tão somente por meio de inventário judicial, momento no qual a **FUNDAÇÃO COPEL** fará a análise da solicitação e, eventualmente, pagamento judicialmente.

§5º. 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);
- 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.

§6º. 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.

§7º. Os referenciais e limites praticados pela **FUNDAÇÃO COPEL** para reembolso serão reajustados anualmente no mês de janeiro de cada ano civil.

Art. 80. 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 mera liberalidade do Beneficiário tenha sido adquirido diretamente destes locais credenciados.

Parágrafo único: Nos casos em que os Beneficiários necessitem de atendimento em outra localidade, deverão ser observadas as obrigações relativas à transporte, hospedagem e alimentação previstas em Norma Técnica da **FUNDAÇÃO COPEL** de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Normas Regulamentares da ANS, entre outras legislações.

Art. 81. 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. 82. As Guias de Autorização terão a finalidade de:

I. Autorizar a realização do procedimento pelo Beneficiário e autorizar a CREDENCIADA a emitir a fatura contra **FUNDAÇÃO COPEL**, pelos valores previstos nos contratos de credenciamento e outros valores expressamente descritos na Guia de Autorização;

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.

Art. 83. É necessária a autorização prévia da **FUNDAÇÃO COPEL** para realização dos procedimentos e exames cobertos pelo **PROSAÚDE IV**.

§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 auditoria 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 pela CREDENCIADA.

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

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

Art. 84. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica para definição do impasse, cujo membro desempataador será escolhido pelo profissional solicitante do procedimento dentre as possibilidades indicadas pelo médico da **FUNDAÇÃO COPEL**, cuja remuneração ficará a cargo da **FUNDAÇÃO COPEL**.

Seção II - PERÍCIA PRÉVIA

Art. 85. Somente mediante a realização de perícia prévia é que poderão ser cobertos por esse Plano as despesas referentes aos procedimentos elencados nesta seção.

Art. 86. Os seguintes procedimentos médico-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 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. 87. Os seguintes procedimentos odontológicos requerem auditoria no início e/ou no final do tratamento:

- I. atendimentos odontológicos em ambiente hospitalar;
- II. 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 auditorias 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 IV** da cobertura, sendo o custo do tratamento imputado na sua totalidade ao Beneficiário.

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

Art. 88. 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. 89. Franquia é a faixa de despesas assistenciais não cobertas pelo **PROSAÚDE IV** 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 Beneficiário, durante o período de vigência do contrato, sendo as subsequentes cobertas no percentual e condições estabelecidos no dispositivo referente a Atendimento Ambulatorial;
- II. Acupuntura - franquia referente às 5 (cinco) primeiras sessões realizadas por Beneficiário, durante o período de vigência do contrato, sendo as subsequentes cobertas no percentual e condições estabelecidos no dispositivo referente a Atendimento Ambulatorial.

Seção IV – COPARTICIPAÇÃO

Art. 90. Além da mensalidade, todos os Beneficiários ficarão sujeitos à coparticipação sobre os valores das Listagens Referenciais praticadas pelo **PROSAÚDE IV**, 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; Implante de anel intra-estromal ; PTK ceratectomia fototerapêutica - monocular ; Capsulotomia YAG ou cirúrgica ; Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação; Facectomia com lente intra-ocular sem facoemulsificação; Facectomia sem implante; Fixação iriana de lente intra-ocular; Remoção de pigmentos da lente intra-ocular com yag-laser; Endolaser/Endodiatermia; Implante de silicone intravítreo; Infusão de perfluorcarbono; Membranectomia EPI ou sub-retiniana; Retirada de óleo de silicone via pars plana; Troca fluido gasosa; Vitrectomia a céu aberto – ceratoprótese; Vitrectomia anterior; Vitrectomia vias pars plana; Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas; Cirurgias fistulizantes com implantes valvulares; Retinopexia com introflexão escleral; Retinopexia pneumática; Retinopexia profilática (criopexia); Retinotomia relaxante; Cirurgia da glândula lacrimal; Dacriocistectomia – unilateral; Dacriocistorrinostomia com ou sem intubação – unilateral; Fechamento dos pontos lacrimais; Reconstituição de vias lacrimais com silicone ou outro material; Estapedectomia ou estapedotomia; Timpanoplastia tipo I - miringoplastia – unilateral; Timpanotomia exploradora – unilateral; Timpanotomia para tubo de ventilação – unilateral; Alcoolização percutânea dirigida de tumor hepático; Nefrolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão; Nefrolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses); Ureterolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão; Ureterolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses); Cistolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão; Cistolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses); Cirurgia esterilizadora masculina; Tratamento de hipertireoidismo-bócio nodular tóxico (Graves); Tratamento de hipertireoidismo-bócio nodular tóxico (Plummer);

IV. 30% (trinta por cento) do valor das despesas com sessões de escleroterapia e acupuntura, está podendo ser solicitada por CRM/CREFITO, 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 (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 IV** por qualquer Beneficiário, seja ele Titular ou Dependente.

§2º. Na impossibilidade de se efetuar o desconto da coparticipação nos proventos 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 116 e 117.

Art. 91. 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).

Seção V - IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 92. 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 IV** 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 IV** terá validade dentro de critérios estabelecidos em normativas internas da Instituição.

§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**.

Seção VI – REDE CREDENCIADA

Art. 93. O atendimento no regime da rede credenciada/referenciada será feito mediante identificação de registro no **PROSAÚDE IV**, 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. 94. O formulário Padrão TISS, que poderá ser eletrônico, deverá ser preenchido no ato do atendimento, com todos os dados solicitados.

Art. 95. 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.

Parágrafo Único. A assinatura do beneficiário poderá ser substituída por uma identificação digital.

Art. 96. 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. 97. 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.

§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. Excetua-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. 98. 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. 99. 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. 100. 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. 101. 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. 102. 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. 103. O **PROSAÚDE IV** será custeado por mensalidades pré-estabelecidas, efetuadas 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. 104. O total das contribuições mensais recebida das partes custeará os gastos de saúde e as despesas administrativas realizadas pelo **PROSAÚDE IV**.

Art. 105. Eventuais sobras de arrecadação do **PROSAÚDE IV**, decorrentes de sazonalidades mensais de utilização, serão incorporadas ao Fundo do Plano para cobertura de despesas futuras.

Art. 106. As receitas originadas por aplicações financeiras oriundas das Reservas e Fundos do Plano reverterão para os mesmos.

Art. 107. 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. 108. 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. 109. Em caso de Beneficiários Vinculados ou Autopatrocinados, Assistidos e Pensionistas com saldo zero, os recolhimentos tratados no artigo anterior deverão ocorrer por meio de boleto de cobrança bancária ou outro meio que venha a ser viabilizado.

Art. 110. 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. 111. Aderindo ao **PROSAÚDE IV**, o Beneficiário Titular ou seu responsável autoriza os descontos das mensalidades e da coparticipação.

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

Art. 114. Nenhum pagamento via boleto bancário será reconhecido como efetuado ao **PROSAÚDE IV** se o Beneficiário não possuir comprovante devidamente autenticado pelo agente recebedor ou se não observar a forma estabelecida para o pagamento.

Art. 115. 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. 116. 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. 117. 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. 118. O plano de custeio do **PROSAÚDE IV**, que definirá o reajuste da mensalidade, será definido com base na utilização e na evolução dos custos dos serviços de saúde, segundo avaliação atuarial.

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

Art. 119. O custeio do **PROSAÚDE IV** 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. 120. 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.

Art. 121. 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;

II. 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 seja superior a 75% (setenta e cinco por cento).

Art. 122. Os reajustes financeiros e atuariais serão aplicados a todos os Beneficiários, independentemente da idade.

CAPÍTULO XVII – FAIXAS ETÁRIAS

Art. 123. A contribuição mensal do Beneficiário Titular e de seus respectivos 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. 124. 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 28,00%

29 (vinte e nove) anos a 33 (trinta e três) anos 20,00%

34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos 5,0%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos 10,00%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos 8,0%
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos 30,00%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos 16,00%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais 40,00%

Art. 125. Ocorrendo alteração na idade de qualquer Beneficiário (Titular ou Dependente), que implique 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**.

Art. 126. 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. 127. As mensalidades reajustadas por sinistralidade não se confundem com os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária.

CAPÍTULO XVIII – RESCISÃO

Art. 128. 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

Art. 129. São obrigações dos Beneficiários Titulares e de seus respectivos Dependentes:

I. Conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do **PROSAÚDE IV** 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 IV**, 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 IV**, salvo as condições de perda automática do benefício;

IV. Responsabilizar-se formalmente pelos débitos que porventura decorrerem das despesas geradas no **PROSAÚDE IV** 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 IV**;

VII. Fornecer documentos e manter atualizados os dados cadastrais junto a **FUNDAÇÃO COPEL**, sob pena de perder os subsídios e/ou benefícios que dependam destas informações;

VIII. Fornecer a Declaração de Matrícula de acordo com art. 13, i, deste Regulamento.

Seção II - OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO COPEL

Art. 130. São obrigações da **FUNDAÇÃO COPEL**:

- I. Conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do **PROSAÚDE IV**, respondendo por qualquer irregularidade praticada, que fira ou possibilite o descumprimento das regras estabelecidas;
- II. Administrar o **PROSAÚDE IV**, 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 o caso;
- IV. Decidir condutas frente as transgressões deste Regulamento.

Seção III - OBRIGAÇÕES DAS PATROCINADORAS

Art. 131. 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 IV**, dos Beneficiários Titulares e de seus Dependentes.

CAPÍTULO XX – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 132. Este Regulamento poderá sofrer alterações, cancelamentos ou adaptações no todo ou em parte, a qualquer momento, em função de fatos não previstos, em conformidade com a legislação vigente.

Art. 133. Os casos omissos ou silenciados nesse Regulamento serão objeto de avaliação em primeira instância pela Diretoria Executiva e em instância recursal pelo Conselho Deliberativo da **FUNDAÇÃO COPEL**.

Art. 134. A administração do **PROSAÚDE IV** 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. 135. 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. 136. O não cumprimento das normas ou deste Regulamento por parte do 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. 137. 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. 138. Fazem parte integrante deste Regulamento as Normas Técnicas de Benefícios publicadas na página eletrônica da **FUNDAÇÃO COPEL** www.fcopel.org.br

Art. 139. Este Regulamento entrará em vigor após decorridos 3 meses da data de aprovação pelo Conselho Deliberativo.

Art. 140. O ano de contrato deste regulamento contará da data de aprovação na ANS.

CAPÍTULO XXI - ELEIÇÃO DE FORO

Art. 141. É competente o foro de domicílio do Beneficiário Titular para as causas referentes ao presente Regulamento.

APROVAÇÃO: 387ª reunião extraordinária do Conselho Deliberativo, realizada em 15/10/2024

GLOSSÁRIO

Para efeito deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

Aceite – Corresponde a data de solicitação de inscrição, alteração e/ou cancelamento preenchidas pelo Beneficiário Titular no respectivo formulário, 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 direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
- concepção: fusão de um espermatozoide 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 garantam 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 – Aqueles participantes ou seus dependentes que estão em gozo de benefício de prestação continuada, de acordo com o Planos Previdenciários **patrocinados** administrados pela **FUNDAÇÃO COPEL**.

Atendimento eletivo – Termo usado para designar os atendimentos de saúde que podem ser programados ou agendados com antecedência à sua realização.

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.

Autopatrocínados – Aqueles Participantes Ativos que tiveram seu contrato de trabalho rescindido com a Patrocinadora, ou licenciado sem remuneração, que permaneçam 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, dentre outros pontos, analisa o comportamento histórico das principais variáveis inerentes à Operadora, sob os aspectos demográficos, econômicos, financeiros e atuariais, a fim de definir premissas e hipóteses que serão consideradas para estabelecer o Plano de Custeio para o período analisado, de acordo com as Notas Técnicas Atuariais registradas junto aos órgãos governamentais competentes.

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

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

Beneficiário dependente – Beneficiários previstos no inciso II do artigo 6º deste Regulamento.

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

Carência – Prazo ininterrupto, contado a partir da data de aceite da inscrição junto ao **PROSAÚDE IV**, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas para as quais a carência contratada não foi cumprida.

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 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 IV**:

–Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial: Tem por finalidade tratar deformidades faciais e de mandíbula, congênitas (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;

–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 de Adesão – Para os efeitos legais, entende-se como contrato o formulário de adesão ao **PROSAÚDE IV** preenchido e assinado pelo beneficiário titular.

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

Coparticipação – É a participação na despesa assistencial de responsabilidade do Beneficiário Titular, 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

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.

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.

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 ao 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 União Estável – Documento público declaratório firmado pelos conviventes no cartório de notas. É o instrumento jurídico para comprovar convivência contínua, pública e duradoura, com fins de constituição familiar.

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 exclusiva do Beneficiário, a ser paga por ele 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 atribui 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.

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 IV** 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 e 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 (NTB) – Representam normas internas que se referem à conceituação, esclarecimentos, disciplinamentos e condição adicional de cobertura 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 a qualquer pessoa jurídica que seja responsável pelo pagamento à **FUNDAÇÃO COPEL** de parte do custeio de mensalidades (não incluídas coparticipações), destinado a seus empregados, chamado de “subsídio de mensalidade”.

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

Pedido de Inscrição – Documento padrão da **FUNDAÇÃO COPEL**, no qual a pessoa física manifesta seu interesse e/ou de seus dependentes em se inscrever junto ao **PROSAÚDE IV**.

Pessoas com deficiência – Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (art. 2º da Lei 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência)

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.

Rede Referenciada – a rede referenciada é composta por prestadores que são indicados pelo plano de saúde, mas não possuem um contrato direto com ele.

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.

Remoção – Se trata do transporte do beneficiário entre serviços de saúde, resgate se trata de remoção do beneficiário de logradouros públicos ou de sua residência por acidentes pessoais até um serviço de saúde.

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.

Tratamento Ambulatorial - Tratamentos que ocorrem em ambiente hospitalar ou ambulatorial com permanência de até 6 horas

Tratamento Hospital Dia - Tratamentos que ocorrem em ambiente hospitalar com permanência de até 12 horas

Tratamento Hospitalar: Tratamentos que ocorrem em ambiente hospitalar com permanência de acima de 12 horas

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 a 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 assume o pagamento integral de suas mensalidades do Plano de Saúde, mantendo-se filiado em um dos planos previdenciários.