

REGULAMENTO DO PLANO COPASS AMBULATORIAL

(Aprovadas as adequações pelo Conselho de Gestão em 06.11.2014) (Homologadas as adequações pela Assembleia Geral Extraordinária em 18.12.2014) (Revisado e aprovado pelo Conselho de Gestão em 28.06.2023) (Homologado pela Assembleia Geral Extraordinária em 30.08.2023) (Revisado e aprovado pelo Conselho de Gestão em 29.04.2025) (Revisado e aprovado pelo Conselho de Gestão em 21.10.2025)

Capítulo I DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da COPASA - COPASS SAÚDE, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 41.656-8, classificada como autogestão com mantenedor, inscrita no CNPJ sob o nº 08.202.035/0001-15, com sede na Rua Carangola, nº 531, Bairro Santo Antônio, Belo Horizonte/MG, CEP 30.330-240, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º. São CONVENIENTES do PLANO:

- I- **Companhia de Saneamento de Minas Gerais - COPASA MG, nome fantasia COPASA MG**, inscrita no CNPJ sob o nº 17.281.106/0001-03, localizada na Rua Mar de Espanha, nº 525, bairro Santo Antônio, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30.330270;
- II- As empresas subsidiárias da **COPASA MG** que firmarem Convênio de Adesão com a **COPASS SAÚDE** para a oferta do **PLANO**.

Parágrafo único. O presente Regulamento atende aos requisitos do Acordo Coletivo de Trabalho Extraordinário de Trabalho firmado em 24 de outubro de 2014 entre a **COPASA MG**, o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Purificação e Distribuição de Água e em Serviços de Esgoto do Estado de Minas Gerais - **SINDÁGUA**, o Sindicato dos Administradores no Estado de Minas Gerais - **SAEMG** e o Sindicato de Engenheiros no Estado de Minas Gerais - **SENGE**, sendo conveniado pela **COPASA MG** exclusivamente para os beneficiários listados no Convênio de Adesão celebrado com a **COPASS SAÚDE**.

Art. 3º. O PLANO tratado neste instrumento é denominado COPASS AMBULATORIAL e está registrado na ANS sob o nº. 469.384/13-1, possuindo como Características Gerais:

- I- **Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- II- **Segmentação Assistencial: Ambulatorial;**
- III- **Área Geográfica de Abrangência: Estadual;**
- IV- **Área de Atuação: Minas Gerais;**
- V- **Formação do Preço: Pré-estabelecido.**
- VI- **Fator Moderador: Coparticipação.**

Art. 4º. Além das coberturas previstas na Seção I do Capítulo V - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção II deste Capítulo.

Capítulo II DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à assistência ambulatorial e consultas médicas com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial.

Parágrafo único. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

Capítulo III DOS BENEFICIÁRIOS

Seção I DA INSCRIÇÃO

Art. 6º. Poderão inscrever-se no **PLANO** como beneficiários:

I- Titulares:

a) o empregado das **CONVENENTES**.

II- O Titular poderá inscrever como seu Dependente:

- a) cônjuge ou companheiro, **assim caracterizado quando houver união estável, nos termos do Código Civil Brasileiro, não admitida a inclusão de ambos, mediante a apresentação dos documentos comprobatórios relacionados no presente Regulamento;**
- b) filho e/ou enteado, **menor de 21 (vinte e um) anos, solteiro e Dependente econômico;**
- c) filho e/ou enteado, **maior de 21 (vinte e um) anos, inválido, solteiro, desde que comprovado pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, e que o evento incapacitante tenha ocorrido antes de completar 21 (vinte e um) anos;**
- d) filho e/ou enteado **cursando estabelecimento em instituição de ensino reconhecida pelo MEC, em cursos de Graduação e/ou Tecnólogo, exceto Pós-**

graduação, Mestrado, doutorado, desde que solteiro e Dependente econômico, até completar 24 (vinte e quatro) anos;

- e) o menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário ou sob sua tutela, devidamente comprovada por sentença judicial constitutiva, nos termos estabelecidos nos artigos 33 e 36 da Lei nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente, não admitida a guarda provisória deferida por órgãos administrativos.**

III- O Titular poderá inscrever como seu Dependente Especial o filho solteiro maior, quando perder a condição de Dependente.

§1º. Os pais anteriormente inscritos no plano COP240579, plano anterior à Lei nº 9.656/98, cadastrado no SCPA com código nº COP240579, conhecido como “Baixo Risco”, serão automaticamente inscritos no **PLANO, não sendo admitido o seu reingresso após a exclusão.**

§2º. Será assegurado aos empregados das **CONVENENTES que, por qualquer motivo, tenham sido excluídos do plano COP240579, plano anterior à Lei nº 9.656/98, cadastrado no SCPA com código nº COP240579, conhecido como “Baixo Risco” o direito de ingresso no **PLANO**, observando o cumprimento dos períodos de carência e as regras de cobertura parcial temporária no caso das doenças e lesões preexistentes estabelecidos no presente Regulamento.**

§3º. A inscrição dos beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§4º. A inscrição se dará mediante Termo de Adesão, que deverá ser encaminhado à COPASS SAÚDE, no qual o Titular manifesta a sua concordância com os termos deste Regulamento.

§5º. Ao Termo de Adesão, quando da inscrição de Dependentes, deverão ser, obrigatoriamente, anexados pelo Titular, todos os documentos comprobatórios da:

- I- relação de parentesco consanguíneo ou afim, com as respectivas declarações de estado civil, no caso de cônjuge, filhos e enteados;**
- II- união estável, por meio da apresentação de escritura pública declaratória de união estável ou do formulário de declaração de união estável disponibilizado pela COPASA MG assinado pelo Beneficiário ou de documento que ateste a designação do companheiro como dependente junto ao INSS ou ao Imposto de Renda;**
- III- decisão judicial, no caso do menor sob guarda ou tutela;**
- IV- matrícula em instituição de ensino reconhecida pelo MEC, em cursos de Graduação e/ou Tecnólogo, exceto Pós-graduação, Mestrado, Doutorado, no caso de filho ou enteado estudante, se maior de 21 (vinte e um) anos;**

V- cópia do número de inscrição no cadastro de pessoas físicas - CPF.

§6º. Os documentos a que se refere o parágrafo anterior deverão ser apresentados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição, observando que:

- I- no caso do menor sob guarda, o Titular deve apresentar, semestralmente, declaração de que o menor se mantém sob guarda ou tutela, declarada em sentença;
- II- no caso do filho ou enteado estudante, maior de 21 (vinte e um) anos, o Titular deve apresentar, semestralmente, comprovante de matrícula em instituição de ensino reconhecida pelo MEC, em cursos de Graduação e/ou Tecnólogo, exceto Pós-graduação, Mestrado, Doutorado do Dependente estudante.

Art. 7º. A solicitação de inclusão e exclusão no plano será processada na data de recebimento do termo de exclusão/inclusão na COPASS SAÚDE.

Art. 8º. O filho adotivo inscrito terá aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário/titular, desde que menor de 12 (doze) anos, **observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.**

Parágrafo único. A inscrição do beneficiário previsto neste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Seção II

DA EXCLUSÃO, CANCELAMENTO E READMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Art. 9º. A CONVENIENTE poderá solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I- perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no PLANO previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- II- perda da qualidade de Dependente, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição prevista neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatório exigidos para sua manutenção como dependente, ressalvada a possibilidade de manutenção no PLANO na qualidade de Dependente Especial, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III- perda da qualidade de Dependente Especial, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento;
- IV- quando da solicitação pelo titular da exclusão de qualquer dependente;

- V- por atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e coparticipações), inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, ressalvados os casos de Beneficiários que efetuam o pagamento da contribuição mensal diretamente à COPASS SAÚDE, quando a exclusão por inadimplência será realizada diretamente pela COPASS SAÚDE, conforme regras previstas na regulamentação da ANS.

§1º. Para que a COPASS SAÚDE proceda com a exclusão de um beneficiário do PLANO, caberá à CONVENENTE, informar à COPASS SAÚDE:

- I- o desligamento do beneficiário da CONVENENTE e sua motivação;
- II- se o beneficiário demitido sem justa causa trata-se de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONVENENTE após a aposentadoria;
- III- se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

§2º. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos titulares do PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 10. A COPASS SAÚDE deverá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONVENENTE, nas seguintes hipóteses:

- I- em caso de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, garantido o direito à ampla defesa e ao contraditório, nos termos da legislação vigente, sem prejuízo das sanções penais cabíveis;
- II- perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no PLANO previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III- perda da qualidade de Dependente, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição prevista neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatório exigidos para sua manutenção como dependente, ressalvada a possibilidade de manutenção no PLANO na qualidade de Dependente Especial, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- IV- perda da qualidade de Dependente Especial, no caso de o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento;

- V- por atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e coparticipações), inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, observada a regulamentação vigente aplicável, estando os Beneficiários sujeitos à suspensão da cobertura assistencial pelo PLANO a partir do 30º (trigésimo) dia de atraso;
- VI- quando da solicitação de exclusão encaminhada pelo Titular à COPASS SAÚDE.

§1º. Durante a suspensão da cobertura assistencial dos Beneficiários em razão da inadimplência, persistirá a obrigação do Beneficiário pelo pagamento das contribuições mensais vincendas, que continuarão sendo cobradas pela COPASS SAÚDE no período enquanto os Beneficiários permanecerem vinculados ao PLANO.

§2º. A suspensão da cobertura assistencial pela COPASS SAÚDE ao longo do período de inadimplência do Beneficiário e a exclusão do Beneficiário do PLANO por inadimplência ocorrerão mediante notificação prévia com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

§3º. A notificação por inadimplência será realizada pela COPASS SAÚDE pelos meios admitidos pela regulamentação vigente da ANS, amplamente divulgados no Portal da Operadora, envolvendo: 1) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, 2) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, 3) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor e 4) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do Beneficiário; ou preposto da COPASS SAÚDE, com comprovante de recebimento assinado pelo Beneficiário.

§4º. Para a realização da notificação por inadimplência, serão consideradas as informações disponíveis no cadastro do respectivo Beneficiário no banco de dados da COPASS SAÚDE, fornecidas pela CONVENENTE ou pelo Beneficiário, cabendo a este o dever de manter as suas informações cadastrais completas e atualizadas junto à Operadora, sob pena de ter presumida a ciência, nos termos da regulamentação.

§5º. No processo de movimentação cadastral, a COPASS SAÚDE informará os Beneficiários excluídos por inadimplência no período.

§6º. A exclusão do Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto no caso do falecimento do Titular e os Dependentes manifestarem a intenção de permanência no PLANO, nos termos previstos neste Regulamento.

§7º. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com a COPASS SAÚDE, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação, sem prejuízo das ações a serem tomadas pela COPASS SAÚDE para a cobrança dos débitos, inclusive a inscrição em cadastros restritivos de crédito, como SPC, Serasa e Cartório de Protesto.

Art. 11. Em caso de prática, da tentativa de prática, de qualquer ato de fraude que cause prejuízo ao PLANO, competirá ao Conselho de Gestão à análise de cada caso, garantido o direito à ampla defesa e ao contraditório, podendo o infrator ser apenado com:

- I- repreensão formal, nos atos de menor gravidade, decorrentes de mera interpretação viciada das regras regulamentares;**
- II- reposição imediata do valor do benefício auferido de maneira irregular, acrescido de multa, variável de 50% (cinquenta por cento) a 200% (duzentos por cento) do valor, em função da gravidade do ato praticado, e atualização monetária;**
- III- suspensão do direito aos benefícios do PLANO, pelo cancelamento temporário, por um período não inferior a 06 (seis) meses e nem superior a 12 (doze) meses, quando se caracterizar a tentativa de fraude, sob qualquer forma;**
- IV- cumprimento de novos períodos de carência na reinscrição;**
- V- exclusão, pelo cancelamento definitivo da inscrição, não se admitindo nova adesão futura.**

Parágrafo único. As penalidades recomendadas pela Superintendência da COPASS SAÚDE serão submetidas ao Conselho de Gestão que poderá referendá-las ou, segundo a avaliação do caso, alterar o enquadramento do ato, para impor outro tipo de penalidade.

Art. 12. Não caberá restituição das mensalidades pagas por motivo de cancelamento ou exclusão do Titular do PLANO, independente de utilização ou não dos procedimentos garantidos.

Capítulo IV DA PERDA DO VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Seção I DO FALECIMENTO

Art. 13. Em caso de falecimento do Titular, é garantida a manutenção dos Dependentes inscritos, inclusive os Dependentes Especiais, desde que manifestem a opção de permanência no PLANO, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do falecimento do titular, mediante assinatura de Termo de Opção; nessa hipótese, um

dos Dependentes assumirá a qualidade de Titular, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, sem subsídio da **CONVENENTE**, para se responsabilizar pelas obrigações junto ao **PLANO**.

§1º. Na hipótese prevista no caput deste artigo, fica vedada a inscrição de novos Dependentes, à exceção do filho do Titular falecido, nos casos de a viúva ou ex-companheira estar grávida do titular por ocasião do seu falecimento e da Titular estar grávida e falecer sobrevivendo o recém-nascido.

§2º. Após o período de 30 (trinta) dias, contados da data do falecimento do Titular, o interessado poderá requerer a sua reintegração dentro do prazo máximo de 06 (seis) meses, a contar da data do desligamento do **PLANO**, observando as condições estabelecidas no presente artigo, sujeitando-se, porém, ao cumprimento dos períodos de carência previstos neste Regulamento.

§3º. Em nenhuma hipótese será admitida a inscrição de Dependentes de Ex Titular falecido após o prazo de 06 (seis) meses acima previsto.

Seção II DO DEDITADO

Art. 14. Ao ex-empregado da **CONVENENTE** demitido sem justa causa, que contribuiu para o **PLANO**, na vigência do seu contrato de trabalho é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, por prazo determinado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o **PLANO**, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§2º. O titular demitido sem justa causa deve optar pela manutenção no **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, a contar da comunicação da **CONVENENTE** quanto ao direito de manutenção da condição de beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão.

Seção III DO APOSENTADO

Art. 15. Ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o **PLANO** em decorrência do vínculo empregatício é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência

do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º. O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **CONVENENTE**, formalizada no ato da rescisão contratual.

§2º. Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **CONVENENTE**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

§3º. Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **CONVENENTE**, antes do exercício acima previsto, é garantida a permanência no plano dos dependentes e dependentes especiais inscritos, por prazo indeterminado, desde que assumam as responsabilidades financeiras, observado o disposto na Seção II do Capítulo III.

§4º. Após o período de 30 (trinta) dias acima previsto, o interessado poderá requerer a sua inscrição dentro do prazo máximo de 06 (seis) meses a contar da data do desligamento, sujeitando-se, porém ao cumprimento dos períodos de carência previstos neste Regulamento.

Seção IV DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

Art. 16. O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de beneficiários ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nas Seções II e III deste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo plano.

Parágrafo único. A manutenção no **PLANO** será garantida ainda que o beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da perda do vínculo com a **CONVENENTE**, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PLANO**.

Art. 17. A manutenção da condição de beneficiário prevista nas Seções II e III deste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (dependentes e dependentes especiais), a critério do próprio titular.

§1º. O ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§2º. Em caso de óbito do demitido sem justa causa ou aposentado, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes e dependentes especiais inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido sem justa causa ou o aposentado **desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalize expressamente junto à COPASS SAÚDE sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO.**

§3º. As garantias relativas ao direito de manutenção do ex-empregado demitido sem justa causa e aposentado não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§4º. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **CONVENENTE**, não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos dependentes e dependentes especiais.

§5º. O Titular que não contribuir para o **PLANO**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no **PLANO**, após a perda do vínculo empregatício.

§6º. O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I- quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato;
- II- decurso dos prazos de manutenção previstos;
- III- **cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados.**

§7º. É assegurado ao ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado e seus dependentes vinculados ao plano o direito de exercer a portabilidade de carências, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

§8º. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

Capítulo V

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 18. A **COPASS SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos beneficiários regularmente

inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede credenciada ou referenciada da **COPASS SAÚDE**, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I DA COBERTURA AMBULATORIAL

Art. 19. A cobertura ambulatorial compreende:

- I- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
 - a) **Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.**
- II- Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- III- Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- IV- Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- V- Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetriz, **de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- VI- psicoterapia, (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo médico assistente;**
- VII- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **solicitados pelo médico assistente**, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

- VIII- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- IX- Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, 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 do estabelecimento de saúde;
- a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- X- Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- XI- Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial;**
- XII- Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial;**
- XIII- Hemoterapia ambulatorial;
- XIV- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), **para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.**

Seção II DA COBERTURA ADICIONAL

Art. 20. Adicionalmente à cobertura estabelecida na Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação ambulatorial, o **PLANO** cobrirá:

- I- aplicação de vacinas preventivas, **exceto as disponibilizadas no calendário de vacinação do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme deliberação específica do Conselho de Gestão da COPASS SAÚDE;**
- II- vacinas hipossensibilizantes (alergia), **conforme deliberação específica do Conselho de Gestão da COPASS SAÚDE;**
- III- os atendimentos de urgência ou de emergência ocorridos fora da área de abrangência geográfica do **PLANO**, em todo o território nacional, **pela prática do sistema de reembolso, de acordo com os limites e regras previstos em Capítulo específico deste Regulamento.**

Capítulo VI DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 21. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I- **Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da COPASS SAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**
- II- **Atendimentos prestados antes do início da vigência ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;**
- III- **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aquele que faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;**
- IV- **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- V- **Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**

- VI- Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
- VII- Tratamento de rejuvenescimento, de prevenção do envelhecimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos;**
- VIII- Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes;**
- IX- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- X- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- XI- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- XII- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XIII- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XIV- Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XV- Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
- XVI- Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- XVII- Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XVIII- Aparelhos ortopédicos;**
- XIX- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XX- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do PLANO;**
- XXI- Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXII- Avaliação pedagógica;**
- XXIII- Orientações vocacionais;**

- XXIV- Psicoterapia com objetivos profissionais;
- XXV- Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXVI- Transporte aeromédico;
- XXVII- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXVIII- Cirurgia para mudança de sexo;
- XXIX- Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXX- Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- XXXI- Quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;
- XXXII- Embolizações;
- XXXIII- Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XXXIV- Atendimento eletivo quando realizado fora da área de abrangência do PLANO (fora de MG) não é passível de reembolso pela COPASS SAÚDE.

Capítulo VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 22. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- I- 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, observado o disposto neste Regulamento a respeito dos atendimentos de urgência ou de emergência;
- II- 30 (trinta) dias para consultas e exames;
- III- 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos cirúrgicos e para procedimentos de alta complexidade (PAC) definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- IV- 180 dias (cento e oitenta) dias para os demais casos previstos neste Regulamento ou de procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde pela ANS.

§1º. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão ao PLANO, considerando adesão para cada beneficiário, a data de processamento da inclusão, nos termos estabelecidos no art. 7º do presente Regulamento.

§2º. Não será permitida a antecipação de contribuições para fins de redução dos prazos de carência.

§3º. O beneficiário estará isento do cumprimento dos períodos de carência quando solicitar sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da(o):

- I- data da assinatura pela CONVENENTE do Convênio de Adesão ao PLANO;**
- II- data de vinculação do Titular à CONVENENTE;**
- III- data em que se tornar elegível para o PLANO;**
- IV- maioria, para transferência dos filhos Dependentes para Dependentes Especiais;**
- V- data do desligamento da CONVENENTE na condição de Aposentado;**
- VI- data do óbito do titular, quando os dependentes optarem pela permanência;**
- VII- da transferência de categoria de Dependente para Dependente Especial.**

§4º. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, etc.

§5º. Haverá o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Titular, nos casos de filhos estudantes devidamente matriculados em instituição de ensino reconhecida pelo MEC, em cursos de Graduação e/ou Tecnólogo, exceto Pós-graduação, Mestrado, Doutorado, no caso de filho ou enteado estudante, se maior de 21 (vinte e um) anos que perderam a condição de Dependente e o Titular solicitar o seu retorno na mesma condição (estudante), observadas as regras estabelecidas no presente Regulamento para a inscrição.

§6º. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência.

Capítulo VIII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 23. Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 24. No momento da adesão ao presente instrumento, o beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao beneficiário.

§2º. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada pela **COPASS SAÚDE**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

§3º. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **COPASS SAÚDE**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º. 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 **COPASS SAÚDE**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 25. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos e de procedimentos de alta complexidade, a **COPASS SAÚDE** oferecerá a cobertura parcial temporária.

Art. 26. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

Art. 27. 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.

Art. 28. As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela **COPASS SAÚDE** 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 **COPASS SAÚDE** para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

Art. 29. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no portal www.ans.gov.br,

bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da COPASS SAÚDE, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 30. Exercendo prerrogativa legal, a COPASS SAÚDE não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 31. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a COPASS SAÚDE 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 COPASS SAÚDE caberá o ônus da prova.

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

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

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

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

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

Art. 32. O presente Capítulo não vigorará caso o beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data:

- I- Da assinatura pela **CONVENENTE** do Convênio de Adesão ao **PLANO**;
- II- de vinculação do Titular à **CONVENENTE**;

III- em que se tornar elegível para o **PLANO**.

Parágrafo único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, etc.

Capítulo IX DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 33. Considera-se:

- I- atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II- atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 34. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, **pelo prazo máximo 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.**

Seção I DA REMOÇÃO

Art. 35. Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento e conforme regras relacionadas na presente Seção.**

Art. 36. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da **COPASS SAÚDE**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

Art. 37. Haverá remoção para unidade do **SUS**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassados as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

Parágrafo único. Na remoção para uma unidade do **SUS** serão observadas as seguintes regras:

- I- **quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o credenciado deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a COPASS SAÚDE, desse ônus;**
- II- **caberá à COPASS SAÚDE o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;**

- III- na remoção, a **COPASS SAÚDE** deverá disponibilizar ambulância, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV- quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a **COPASS SAÚDE** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Capítulo X DO REEMBOLSO

Art. 38. A **COPASS SAÚDE** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde:

- I- nos atendimentos eletivos realizados dentro da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO;
- II- nos atendimentos de urgência ou de emergência realizados em todo o território nacional.

§1º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Lista Referencial de Procedimentos e Preços do PLANO (e não será inferior ao valor praticado pela **COPASS SAÚDE** junto à rede credenciada do PLANO).

§2º. Quando o beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste artigo, também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste Regulamento.

§3º. O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da **COPASS SAÚDE**, até o prazo de 12 (doze) meses após a realização do procedimento, acompanhado da documentação comprobatória devidamente datada e do formulário de solicitação de reembolso, disponível no portal: www.copass-saude.com.br e na sede da Copass Saúde, que deverão obedecer aos seguintes requisitos:

- I - Se pessoa física: ser emitido pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional, número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda (CPF), e se especialidade, conter o número de Registro de Qualificação de Especialista (RQE).
- II - Se pessoa jurídica: ser emitida através de nota fiscal de serviços, contendo número de registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ.

A Nota Fiscal ou recibo deverá ser emitida no nome do Titular ou do Dependente que realizou o tratamento.

§4º. Em ambos os casos, deverão ser discriminados os procedimentos ou atendimentos contendo o nº da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID, se for o caso, número de atendimentos realizados, laudo do profissional que assiste o beneficiário, expressão numérica e por extenso do valor do procedimento, data e assinatura do profissional.

§5º. O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega da documentação, exceto nos casos em que esta não tiver sido apresentada de forma completa e nos termos exigidos neste artigo.

§6º. A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do beneficiário.

§7º. Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciadas, incluindo a necessidade de autorização prévia.

§8º. Em nenhuma hipótese poderão ser reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo **PLANO**.

§9º. No caso de hospitais credenciados que permitam atendimento médico de profissionais não pertencentes ao seu quadro clínico, será facultado ao beneficiário ser atendido pelo profissional de sua livre escolha, respeitando-se as condições de reembolso previstas neste Regulamento.

§10. Para solicitação de reembolso de procedimentos realizados em mais de um Dependente, deverá ser preenchido um formulário individual de solicitação de reembolso (impresso próprio da COPASS SAÚDE) e anexado o respectivo recibo ou nota fiscal de cada Dependente.

§11. A Lista Referencial de Procedimentos e Preços do **PLANO** está registrada no cartório do 1º Ofício de Títulos e Documentos de Belo Horizonte, estando também disponível na sede da **COPASS SAÚDE** e no portal (www.copass-saude.com.br). Sempre que houver alteração em referida lista (conforme negociações com os credenciados, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§12. Os esclarecimentos a respeito da Lista Referencial de Procedimentos e Preços do **PLANO** podem ser obtidos na sede da COPASS SAÚDE ou pelo telefone (31) 3298-5800.

Capítulo XI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I DO ATENDIMENTO

Art. 39. O **PLANO** prestará seus serviços sob as modalidades de:

I- ESCOLHA DIRIGIDA: atendimento prestado aos Beneficiários através da rede credenciada, ou pela rede própria, contratada ou credenciada de outra operadora, nos termos admitidos pela regulamentação da ANS, **observadas as regras de direcionamento previstas nesta Seção;**

II- LIVRE ESCOLHA: opção pela qual os Beneficiários têm a faculdade de escolher os profissionais e estabelecimentos capazes de prestar-lhes a assistência requerida, **responsabilizando-se pelo pagamento dos respectivos honorários e despesas, cujos comprovantes serão submetidos à COPASS SAÚDE para reembolso, conforme os critérios estabelecidos neste Regulamento.**

Parágrafo único. Para a realização dos serviços previstos neste Regulamento, incluindo consultas, terapias, cirurgias, internações e demais procedimentos cobertos pelo **PLANO**, os Beneficiários deverão apresentar à **COPASS SAÚDE** o pedido do médico ou do cirurgião-dentista assistente para fins de autorização e direcionamento pela Operadora (indicação do prestador apto ao atendimento, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do **PLANO**), respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

Art. 40. A rede credenciada utilizada para atendimento aos Beneficiários, observadas as regras de direcionamento pela Operadora, está disponível no portal da **COPASS SAÚDE**, no Aplicativo, na intranet da **COPASA MG**, bem como nas dependências da **COPASS SAÚDE**.

§1º. A **COPASS SAÚDE** reserva-se o direito de alterar a rede credenciada, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9656/1998.

§2º. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

§3º. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Art. 41. A utilização dos procedimentos previstos neste Regulamento, à exceção dos casos de urgência e emergência e das consultas médicas nas especialidades de cirurgia

geral, clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, **está condicionada à autorização prévia da COPASS SAÚDE que poderá ser obtida na sua sede ou pelos meios eletrônicos disponíveis.**

§1º. As informações e os documentos necessários para a obtenção da autorização prévia, incluindo a relação dos procedimentos que exigem perícia (PE), definidos na Lista Referencial de Procedimentos e Preços do PLANO, estão disponíveis no endereço eletrônico www.copass-saude.com.br, podendo ser consultados por telefone ou diretamente na sede da COPASS SAÚDE.

§2º. As solicitações médicas para a realização dos serviços de saúde terão o prazo de validade de 90 (noventa) dias corridos.

§3º. As autorizações prévias concedidas pela COPASS SAÚDE serão válidas por 30 (trinta) dias. Após o transcurso desse prazo, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas.

Art. 42. Nos casos de comprovada urgência ou emergência, os Beneficiários serão regularmente atendidos, no entanto, deverá ser providenciada a autorização no prazo de 72 (setenta e duas) horas, contadas da data do atendimento, sob pena de o atendimento ser considerado particular pelo credenciado e a COPASS SAÚDE não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 43. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

Art. 44. A COPASS SAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento de serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento, pelo atendimento a pessoas não integrantes do programa, bem como procedimentos que não sejam prescritos pelo médico assistente responsável pelo paciente.

Art. 45. Nos termos da regulamentação vigente da ANS, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, é garantida a formação de junta médica, constituída por 03 (três) médicos, sendo um nomeado pela COPASS SAÚDE, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da COPASS SAÚDE. Caso o Beneficiário escolha profissional não pertencente à rede credenciada do PLANO, será responsável pelo pagamento dos honorários daquele profissional.

Parágrafo único. Os requisitos e procedimentos para instauração da junta mencionada no parágrafo anterior serão conforme disposto na regulamentação vigente.

Art. 46. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **COPASS SAÚDE**, desde que constem o nome completo do profissional, número do Registro no Conselho Regional de Medicina- CRM ou no Conselho Regional de Odontologia - CRO, conforme o caso, e assinatura, observados os mecanismos de regulação previstos neste Regulamento, inclusive quanto à necessidade de autorização prévia e de realização de perícia, conforme o caso.

Seção II

DA CARTEIRA INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 47. Os beneficiários do PLANO deverão identificar-se, perante a rede credenciada, através da apresentação de carteira de identificação emitida pela COPASS SAÚDE, acompanhada de documento oficial de identidade.

§1º. A carteira de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o beneficiário por sua utilização indevida.

§2º. A perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação deverá ser imediatamente comunicada pelo beneficiário à COPASS SAÚDE, para bloqueio da utilização, sob pena de responder pelo valor indevidamente suportado, acrescido de multa, juros e encargos. Caberá a cobrança de valor financeiro, definido pela COPASS SAÚDE, para a emissão da 2ª via da carteira de identificação, exceto quando apresentado Boletim de Ocorrência.

§3º. O beneficiário que, sob qualquer modo ou condição, admitir a utilização de sua carteira de identificação por terceiros será inicialmente advertido, terá seu grupo familiar submetido à suspensão do direito de utilizar o PLANO por 06 (seis) meses e será o empregador do Titular comunicado da ocorrência, além de sujeitar-se ao pagamento dos valores indevidamente honrados, acrescido de juros, encargos e multa de 50% (cinquenta por cento) do valor do atendimento.

§4º. Na hipótese de reincidência do previsto no parágrafo antecedente, o Titular e seu grupo familiar serão excluídos do PLANO, além de sujeitarem-se às mesmas penalidades.

Seção III DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 48. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Titular, referente aos serviços cobertos pelo PLANO e utilizados por ele e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

Art. 49. Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário, será cobrada coparticipação conforme descrito abaixo, na utilização, pelos beneficiários dos procedimentos abaixo relacionados:

- I- Consultas médicas, consultas com os demais profissionais de saúde (nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros previstos na cobertura do presente Regulamento) e vacinas preventivas e hipossensibilizantes: 30% (trinta por cento) do valor do procedimento;
- II- Exames: 20% (vinte por cento) do valor do procedimento, limitado por exame ao valor estabelecido no plano de custeio.

Parágrafo único. O Beneficiário Titular é responsável pelo pagamento das suas coparticipações e a de seus dependentes, ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo credenciado.

Capítulo XII DO CUSTEIO

Seção I DAS FONTES DE RECEITA

Art. 50. O PLANO será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da regulamentação vigente da ANS.

Parágrafo único. As contribuições mensais foram fixadas conforme estabelecido nesta seção e são variáveis em virtude da faixa etária dos beneficiários.

Art. 51. O PLANO será custeado pelas seguintes fontes de receita:

- I- Contribuição mensal das CONVENENTES, conforme definido no Convênio de Adesão;
- II- Contribuição mensal dos empregados das CONVENENTES e seus Dependentes;
- III- Contribuição mensal dos ex-empregados (demitidos e aposentados) das CONVENENTES e seus Dependentes;

- IV- Contribuição mensal dos Dependentes mantidos no PLANO após o óbito do Titular;
- V- Coparticipação prevista neste Regulamento;
- VI- Doações.

Parágrafo único. Poderá haver subsídio das CONVENENTES para os beneficiários em gozo de auxílio doença ou aposentados por invalidez, definido no Convênio de Adesão.

Art. 52. Caberá às CONVENENTES efetuarem, em folha de pagamento, o desconto das contribuições e coparticipações relativas aos seus empregados e seus dependentes inscritos no PLANO e repassar à COPASS SAÚDE, até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente, bem como suas próprias contribuições até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente.

Art. 53. A COPASS SAÚDE se obriga a efetuar a cobrança das contribuições e coparticipações relativas aos demitidos sem justa causa, aposentados e seus respectivos dependentes, bem como dos Dependentes mantidos no PLANO após o falecimento do Titular, até o dia 20 (vinte) do mês subsequente.

Parágrafo único. É facultado, à COPASS SAÚDE, debitar em folha de benefícios da FUNDAÇÃO LIBERTAS, a contribuição dos beneficiários a ela vinculados.

Art. 54. Nos casos em que por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento ou de benefícios as contribuições dos Titulares, caberá a COPASS SAÚDE proceder a cobrança, não eximindo a obrigação do Titular em recolhê-las diretamente aos cofres da COPASS SAÚDE.

Art. 55. Em caso de inobservância do prazo estabelecido para pagamento das contribuições, estas ficarão sujeitas a juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, sem prejuízo da correção monetária.

Capítulo XIII DO REAJUSTE

Art. 56. Os valores das contribuições mensais e as coparticipações serão reajustados no mês de janeiro de cada ano, pelo índice definido para reajuste dos salários dos empregados da COPASA MG vigente no momento da aplicação do reajuste.

Art. 57. O custeio será revisto anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro e aprovado pelo Conselho de Gestão da COPASS SAÚDE que fixará as

coparticipações e tabelas de contribuição a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

- I- aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;
- II- aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições do PLANO; e, III- alteração sensível na composição do grupo inscrito no PLANO.

§1º. Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao PLANO deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

§2º. Independentemente da data de adesão do beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral, no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do plano de custeio, entendendo esta como data base única.

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

§4º. Além da modalidade de reajuste prevista neste Capítulo, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste Regulamento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do beneficiário.

§5º. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de *pool de risco*, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho de Gestão da COPASS SAÚDE para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

Capítulo XIV DA FAIXA ETÁRIA

Art. 58. As contribuições mensais relativas aos beneficiários previstas no plano de custeio constante do Anexo ao presente Regulamento foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixa Etária	Variação %
0 - 18	-
19 - 23	50,0%
24 - 28	26,7%

29 - 33	5,3%
34 - 38	15,0%
39 - 43	8,7%
44 - 48	8,0%
49 - 53	18,5%
54 - 58	40,6%
59 +	31,1%

§1º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

- I - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- II - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderão ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

§2º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§3º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

Capítulo XV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 59. Para os beneficiários que estejam inscritos no COPASS - Programa Suplementar de Saúde (**Alto Risco**), registro ANS nº 435.451/01-6, haverá um desconto de 11% (onze) sobre o valor de contribuição mensal do beneficiário prevista no plano de custeio do **PLANO**.

Parágrafo único. O desconto previsto no caput deste artigo poderá ser revisto exclusivamente por decisão do Conselho de Gestão da COPASS SAÚDE.

Art. 60. Este Regulamento foi elaborado considerando a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi

avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu plano de custeio.

Art. 61. As carências cumpridas pelos beneficiários anteriormente vinculados ao COP240579, plano anterior à Lei nº 9.656/98, cadastrado no SCPA com código nº COP240579, conhecido como “Baixo Risco” serão consideradas no presente **PLANO**, observando as regras previstas na regulamentação da ANS em vigor.

Art. 62. O encerramento da operação da **COPASS SAÚDE** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 63. Este regulamento vigorará por prazo indeterminado a partir de 1º de janeiro de 2026.

Art. 64. Fica eleito o foro do domicílio do beneficiário titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXO I

PLANO DE CUSTEIO - COPASS AMBULATORIAL

1. As contribuições para custeio do plano **COPASS AMBULATORIAL** são determinadas em função da idade do beneficiário, de acordo com a tabela abaixo:

Faixas Etárias	COPANOR	Demais Patrocinadoras
Até 18 anos	77,61	97,38
De 19 a 23 anos	116,39	146,05
De 24 a 28 anos	147,44	185,02
De 29 a 33 anos	155,23	194,78
De 34 a 38 anos	178,49	223,98
De 39 a 43 anos	194,02	243,47
De 44 a 48 anos	209,52	262,91
De 49 a 53 anos	248,34	311,63
De 54 a 58 anos	349,21	438,21
A partir de 59 anos	457,86	574,54

2. A parcela dessas contribuições de responsabilidade das **CONVENENTES**, em função das características do beneficiário, está estabelecida no Convênio de Adesão firmado junto a **COPASS SAÚDE**.
3. Além das contribuições mensais efetuadas com base nos valores da tabela anterior, o beneficiário está sujeito à coparticipação em alguns procedimentos utilizados, conforme descrito a seguir:
- 30% (trinta por cento) do valor do procedimento nas consultas médicas, nas consultas com os demais profissionais de saúde (nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros previstos na cobertura do presente Regulamento) e vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
 - 20% (vinte por cento) do valor do procedimento nos exames, limitado a R\$ 204,25

(duzentos e quatro reais e vinte e cinco centavos) por procedimento.

4. As coparticipações descritas acima serão descontadas em até 5 (cinco) parcelas, sem a incidência de juros ou correção, para os empregados efetivos, em exercício de suas atividades laborais.

4.1 Os empregados afastados por motivo de doença e aposentados por invalidez e seus dependentes previstos no Regulamento do **PLANO** também terão as coparticipações descontadas em até 5 (cinco) parcelas, sem incidência de juros ou correção.

5. As **CONVENIENTES** darão um subsídio no valor da contribuição mensal previsto na tabela de faixa etária, conforme a seguir:

6. Tabela de subsídios

Participação	Faixa Salarial					
	Até 1.360,94		De 1.360,95 até 2.731,70		Acima de 2.731,71	
	Mantenedora	Beneficiário	Mantenedora	Beneficiário	Mantenedora	Beneficiário
Até 1 dependente	67%	33%	56%	44%	45%	55%
De 2 a 3 dependentes	74%	26%	63%	37%	52%	48%
Acima de 3 dependentes	81%	19%	71%	29%	58%	42%