

REGULAMENTO DO PLANO COPASS ESSENCIAL ASSISTIDOS
(Aprovado pelo Conselho de Gestão em 18.11.2025)

Capítulo I
DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A **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. A oferta do **PLANO** não decorre do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, estando em conformidade com o disposto na alínea “h” do inciso II do art. 2º da Resolução Normativa da ANS - RN nº 137/2006.

Parágrafo único. São consideradas **CONVENIENTES** do **PLANO**, em consonância com as disposições previstas no Estatuto Social da **COPASS SAÚDE**, as pessoas jurídicas que firmarem Convênio de Adesão ao **PLANO COPASS COMPLETO ATIVOS**.

Art. 3º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **PLANO COPASS ESSENCIAL ASSISTIDOS** e está registrado na ANS sob o nº 504.752/25-8, possuindo como Características Gerais:

- I- Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II- Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar sem Obstetrícia;
- III- Área Geográfica de Abrangência: Estadual;
- IV- Área de Atuação: Minas Gerais;
- V- Padrão de Acomodação em Internação: Enfermaria;
- VI- Formação do Preço: Pré-estabelecido;
- VII- Fator Moderador: Coparticipação.
- VIII- Mecanismo de Regulação: Atenção primária com Porta de Entrada obrigatória e direcionamento, nos termos dispostos neste Regulamento.

Parágrafo único. O **PLANO**, objeto do presente Regulamento, é baseado no modelo de Porta de Entrada obrigatória nas Clínicas de Atenção Primária à Saúde da **COPASS SAÚDE**. O atendimento, avaliação e acompanhamento eletivo se dará na unidade de Atenção Primária à Saúde e, caso seja necessário, o Beneficiário poderá ser encaminhado, pelo médico de referência, para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares, conforme definido e delimitado neste Regulamento.

Art. 4º. Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo IV – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III desse 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 9656/98, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar sem Obstetrícia, 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.

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:** aposentados que tenham sido vinculados anteriormente às suas **CONVENENTES**.

- II- Os **Dependentes** inscritos pelos Titulares, observados os seguintes termos e condições:
 - 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.

§1º. A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular no PLANO COPASS ESSENCIAL ASSISTIDOS.

§2º. A inscrição do Beneficiário 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.

§3º. 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 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 até completar 24 anos;
- V- cópia do número de inscrição no cadastro de pessoas físicas – CPF.

§4º. Os documentos a que se refere o parágrafo anterior deverão ser apresentados pelo Titular sempre que ocorrer mudança na situação do Beneficiário declarada por ocasião da inscrição, observando que:

- I- No caso do menor sob guarda, deverá ser apresentado, 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 até completar 24 anos, deverá ser apresentado, 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.

Parágrafo único. A inclusão estará condicionada ao recebimento do Termo de Adesão e documentos relacionados no §3º do artigo antecedente devidamente corretos.

Art. 8º. É assegurada a inscrição do filho adotivo com 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 DO FALECIMENTO

Art. 9º. Em caso de falecimento do Titular vinculado ao PLANO COPASS COMPLETO ATIVOS, PLANO COPASS COMPLETO ASSISTIDOS ou ao presente PLANO da CONVENIENTE, é garantida a manutenção da condição de Beneficiário para os Dependentes inscritos, mediante a admissão no PLANO.

§1º. A opção pela admissão no PLANO deverá ser manifestada pelos Beneficiários no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do falecimento do Titular, mediante a assinatura de Termo de Adesão. Nessa hipótese, um dos Dependentes assumirá as responsabilidades financeiras pelo PLANO.

§2º. Não será admitida 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.

Seção III DA EXCLUSÃO, CANCELAMENTO E READMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Art. 10. A perda da qualidade de Beneficiário para o PLANO ocorrerá nas seguintes situações:

- 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- cancelamento pelas CONVENIENTES do Convênio de Adesão;
- III- perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições previstas neste Regulamento ou quando deixar o Titular de

entregar os documentos comprobatórios exigidos para manutenção de Dependente, ressalvada a possibilidade de inscrição no PLANO COPASS ESSENCIAL DEPENDENTE FAMILIAR;

- IV- 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;
- V- 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 COPASS SAÚDE, 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.

Art. 11. Poderá a CONVENIENTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos Beneficiários, observada a legislação em vigor, inclusive na hipótese de inadimplência do Beneficiário (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).

Parágrafo único. A exclusão do Titular do PLANO implicará a 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.

Art. 12. Em caso da prática, da tentativa de prática, de qualquer ato de fraude ou que cause prejuízo ao PLANO, competirá ao Conselho de Gestão a 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. 13. 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 DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 14. 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 e internações hospitalares, 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. 15. 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 a 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- Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- IV- Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetritz, **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;**
- V- Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo médico assistente;**
- VI- 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;
- VII- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

- VIII- 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 (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), 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;
- IX- 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;**
- X- Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial;**
- XI- 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;**
- XII- Hemoterapia ambulatorial;
- XIII- 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 HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

Art. 16. A cobertura hospitalar sem obstetrícia compreende:

- I- Internações hospitalares em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- II- Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular;**
- III- Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,
- b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.
- IV-** Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, 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;**
- V-** Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- VI-** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, **salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- VII-** Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial;
- VIII-** Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX-** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- a) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do Beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, observando as seguintes regras:
1. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

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

- X-** Procedimentos ambulatoriais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral e 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;**
 - d) Procedimentos radioterápicos;
 - e) Hemoterapia;
 - f) Nutrição parenteral ou enteral;
 - g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Radiologia intervencionista;
 - i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- XI-** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII-** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII-** Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do Beneficiário receptor;
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**

d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;

e) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;

1. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

2. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

3. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§1º. As internações hospitalares ocorrerão em acomodações coletivas, do tipo enfermaria.

§2º. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico perito da COPASS SAÚDE.

Art. 17. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I- O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;
- II- Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- III- Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, **de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
 - a) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o 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.
- IV- **Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando**

ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, que obedecerá aos seguintes percentuais:

- 25% (vinte e cinco por cento), entre o 31º (trigésimo primeiro) e o 60º (sexagésimo) dia de internação;
- 50% (cinquenta por cento), a partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação.

Art. 18. O presente Regulamento garante, ainda:

- I- atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação hospitalar sem obstetrícia, **observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- II- Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia e sedação, **caso haja indicação do profissional assistente;**
- III- Equipe necessária à realização do procedimento, caso haja indicação do profissional assistente, observada a regulamentação da ANS;
- IV- Taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observado o disposto na regulamentação;
- V- Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, **quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- VI- Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, **conforme indicação do profissional assistente.**

Seção III DA COBERTURA ADICIONAL

Art. 19. O PLANO oferece, ainda uma cobertura adicional àquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o plano ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, em:

- I- órteses e/ou próteses não ligadas a ato cirúrgico, **conforme deliberação específica do Conselho de Gestão da COPASS SAÚDE;**

- II- 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;
- III- vacinas hipossensibilizantes (alergia), conforme deliberação específica do Conselho de Gestão da COPASS SAÚDE.

Capítulo V DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 20. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, 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 e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VIII- Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IX- Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- X- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação odontológica;
- XI- 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;
- XII- 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;
- XIII- 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, ressalvado o fornecimento desses materiais para os casos estabelecidos na cobertura adicional prevista neste Regulamento;
- XIV- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XV- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XVI- Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVII- Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XVIII- Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia ou que não estejam expressamente previstos como cobertura adicional neste Regulamento;

- XIX- Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XX- Aparelhos ortopédicos;**
- XXI- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XXII- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, fora da área geográfica de abrangência e atuação ou fora da rede credenciada do PLANO, ressalvados os atendimentos de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados pelo PLANO, nos limites e condições estabelecidas no presente Regulamento;**
- XXIII- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXIV- Procedimentos relativos ao pré-natal (hospitalar) e da assistência ao parto e puerpério;**
- XXV- Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- XXVI- Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXVII- Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXVIII- Avaliação pedagógica;**
- XXIX- Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- XXX- Remoção domiciliar;**
- XXXI- Transporte aeromédico;**
- XXXII- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- XXXIII- Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;**
- XXXIV- Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

Capítulo VI DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 21. 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 9.656/98:

- 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 simples;
- III- 180 (cento e oitenta) dias para internações, 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. É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I- O Beneficiário Titular que solicitar a sua inscrição e a de seus Dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do Convênio de Adesão/disponibilização do **PLANO** - 01/01/2026;
- II- O Beneficiário Titular que solicitar a sua inscrição e a de seus Dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data da perda do vínculo com a **CONVENENTE**;
- III- O Beneficiário Dependente cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o plano.

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

§5º. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência.

§6º. Os períodos de carência previstos neste Capítulo serão também observados no regresso de Beneficiários ao PLANO.

Capítulo VII

DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 22. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 23. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no 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 do PLANO, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98.

§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 assumo 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 preexistente 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. 24. 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **COPASS SAÚDE** oferecerá a cobertura parcial temporária.

Art. 25. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta

complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 26. A confirmação da doença ou lesão preexistente 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 preexistentes 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. 27. 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. 28. Exercendo prerrogativa legal, a COPASS SAÚDE não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 29. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente 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 preexistente.

§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 preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela COPASS SAÚDE, bem como será excluído do PLANO.

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

Art. 30. O presente Capítulo não vigorará caso:

- IV-** O Beneficiário Titular solicite a sua inscrição e a de seus Dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do Convênio de Adesão/ disponibilização do **PLANO** em 01/01/2026;
- I-** O Beneficiário Titular solicite a sua inscrição e a de seus Dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar perda do vínculo com a **CONVENENTE**;
- II-** O Beneficiário Dependente cuja inscrição seja solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o plano.

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

Capítulo VIII DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 31. 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. 32. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I-** para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao **PLANO**;

- II- **depois de cumprida a carência para internação**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III- durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**;
- IV- **depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- V- durante o cumprimento do período de carência **de 180 (cento e oitenta) dias**, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**.

Parágrafo único. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção I DA REMOÇÃO

Art. 33. Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), **observando a regulamentação da ANS em vigor**.

§1º. Todas as remoções dar-se-ão para unidades hospitalares credenciadas, sendo direcionadas ao prestador mais próximo e com capacidade de atendimento, com a definição a critério exclusivo da **COPASS SAÚDE**, observada a regulamentação da ANS em vigor para remoção, independentemente da unidade de preferência do paciente e/ou familiares.

§2º. O presente **PLANO** não possui cobertura adicional de transporte aeromédico, sendo as remoções realizadas apenas pelo meio terrestre e em unidade adequada ao estado de saúde do paciente.

Art. 34. 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. 35. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

§1º. Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

§2º. 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.**

Seção II DO REEMBOLSO

Art. 36. A **COPASS SAÚDE** assegurará o reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento**, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, **dentro da área de abrangência e atuação do PLANO**, nos casos exclusivos de atendimento de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela **COPASS SAÚDE**.

§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 de acordo com a Terminologia Unificada de Saúde Suplementar – TUSS, quando possível, 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. Nas contas hospitalares, deverão ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, materiais, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários.

§6º. O reembolso somente será processado após o recebimento pela COPASS SAÚDE de toda a documentação referente ao procedimento realizado, assim entendidos os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

§7º. 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.

§8º. A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

§9º. Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciadas.

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

§11. 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.

Capítulo IX DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I DA PORTA DE ENTRADA OBRIGATÓRIA - APS

Art. 37. A Porta de Entrada do Beneficiário para a realização dos atendimentos previstos neste Regulamento são as unidades da APS (presencial ou virtual), podendo estas serem substituídas pelas unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela COPASS SAÚDE, estando a relação das unidades disponível de forma atualizada no *site* www.copass-saude.com.br.

Parágrafo único. Os atendimentos mencionados acima contemplam consultas eletivas, de demanda espontânea, tele consulta, monitoramento telefônico e outros atendimentos necessários ao cuidado integral e coordenado proposto pela atenção primária à saúde.

Art. 38. Os serviços ora contratados serão prestados pela COPASS SAÚDE nos municípios onde a Operadora possui clínicas de Atenção Primária à Saúde, ou, na ausência destas, nas unidades virtuais de atenção primária, observadas as regras para acesso e atendimento descritas neste Regulamento.

Art. 39. O atendimento médico eletivo inicial deve necessariamente ser realizado nas Clínicas de Atenção Primária à Saúde da COPASS SAÚDE.

Art. 40. Sendo necessário o encaminhamento para médico especialista ou a realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo ou psicoterapeuta pelo médico das Clínicas de Atenção Primária à Saúde da COPASS SAÚDE, este encaminhará o Beneficiário para atendimento na rede assistencial integrante do presente PLANO, devendo o Beneficiário apresentar encaminhamento fornecido pela Porta de Entrada.

Art. 41. Do atendimento médico descrito nesta Seção poderão decorrer novos encaminhamentos para outros especialistas médicos e não médicos, bem como solicitações de exames complementares e SADT.

Parágrafo único. A solicitação de tais consultas devem ser realizadas pelo médico de referência (médico de família e comunidade).

Seção II DO ATENDIMENTO

Art. 42. O atendimento eletivo (agendado) se dará inicialmente e obrigatoriamente na Porta de Entrada, que é o mecanismo de regulação previsto na Resolução do CONSU nº 08/1998 que tem como característica orientar o Beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento na unidade de Atenção Primária à Saúde e, caso seja necessário, o Beneficiário poderá ser encaminhado pelo médico de referência (médico de família e comunidade) para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares, observadas as regras previstas na Seção anterior.

§1º. Para que o Beneficiário tenha acesso à rede credenciada, este deverá ser encaminhado pela equipe de Atenção Primária à Saúde designada pela COPASS SAÚDE, exceto se o acesso ocorrer em razão de urgência/emergência, devidamente comprovada, diretamente ao pronto atendimento dos prestadores.

§2º. 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. 43. A autorização prévia poderá ser obtida na sede da COPASS SAÚDE 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. A internação do Beneficiário junto à rede conveniada, para os casos de cirurgias, tratamentos clínico ou psiquiátrico, somente será possível mediante a apresentação do laudo médico justificando a necessidade do procedimento a ser realizado, que deverá ser aprovado pelo perito da COPASS SAÚDE, para liberação da "Guia de Internação Hospitalar".

§4º. Poderá a COPASS SAÚDE, a seu critério, solicitar o comparecimento do Beneficiário para submeter-se à perícia médica, atestando a necessidade da realização do procedimento.

§5º. As autorizações prévias concedidas pela COPASS SAÚDE serão válidas por 30 (trinta) dias. Após o transcurso desse prazo, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas.

§6º. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

§7º. Após a autorização prévia, os Beneficiários poderão ser atendidos no Hospital indicado pela COPASS SAÚDE, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO, conforme prerrogativa prevista nesta Seção.

§8º. 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.

§9º. Durante a internação do Beneficiário, em qualquer caso, considerando as regras de direcionamento estabelecidas neste instrumento, é assegurado à COPASS SAÚDE o direito de remover o Beneficiário de um hospital credenciado para outro hospital credenciado, desde que o novo hospital disponha dos recursos necessários para continuidade da assistência ao Beneficiário e sejam atendidas as disposições da ANS em vigor para remoção.

§10. 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 PLANO, bem como procedimentos que não sejam prescritos pelo médico assistente responsável pelo paciente.

§11. O PLANO não garante o ressarcimento (reembolso) por pagamentos feitos pelos Beneficiários diretamente a estabelecimentos e profissionais, ainda que credenciados ao PLANO.

§12. 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.

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

Art. 44. A rede de atenção primária e a rede credenciada utilizada para atendimento aos Beneficiários, observadas as regras de direcionamento pela Operadora, estão disponíveis no portal da **COPASS SAÚDE** (www.copass-saude.com.br), 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 9.656/98.

§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. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da COPASS SAÚDE durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a COPASS SAÚDE providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

§4º. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Art. 45. Embora a cobertura do **PLANO** esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **COPASS SAÚDE**, é admitido que os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais possam 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.

Seção III DA CARTEIRA INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 46. 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. A **COPASS SAÚDE** se reserva ao direito de adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento e identificação dos seus Beneficiários.

§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, conforme o caso, 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, conforme o caso, serão excluídos do **PLANO**, além de sujeitarem-se às mesmas penalidades.

Seção IV DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 47. 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. 48. 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 e terapias: 30% (trinta por cento) do valor do procedimento, limitado a R\$ 204,25 (duzentos e quatro reais e vinte e cinco centavos) por procedimento realizado, exceto os procedimentos de quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e terapia imunobiológica, em que não haverá a cobrança da coparticipação;
- III- Internações: R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais) por internação.

§1º. 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.

§2º. Não haverá cobrança de coparticipação em relação aos atendimentos realizados pelos Beneficiários nas Clínicas de Atenção Primária à Saúde da COPASS SAÚDE, bem como nos atendimentos realizados no PA Virtual e APS Remota.

Capítulo X DO CUSTEIO

Seção I DAS FONTES DE RECEITA

Art. 49. 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. 50. O PLANO será custeado pelas seguintes fontes de receita:

- I- Contribuição mensal dos Beneficiários Titulares, por si e por seus Dependentes inscritos;
- II- Contribuição mensal dos Dependentes mantidos no PLANO após o óbito do Titular;
- III- Coparticipação prevista neste Regulamento;
- IV- Doações.

Art. 51. A COPASS SAÚDE se obriga a efetuar a cobrança das contribuições mensais e coparticipações previstas no presente instrumento até o dia 20 (vinte) do mês subsequente.

Parágrafo único. É facultado, à COPASS SAÚDE, debitar em folha de benefícios da FUNDAÇÃO LIBERTAS os valores (contribuições mensais e coparticipações) de responsabilidade dos Beneficiários a ela vinculados.

Art. 52. Nos casos em que por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de benefícios as contribuições dos Beneficiários, caberá a COPASS SAÚDE proceder à cobrança, não eximindo a obrigação do Beneficiário em recolhê-las diretamente aos cofres da COPASS SAÚDE.

Art. 53. Em caso de inobservância do prazo estabelecido para pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, estas ficarão sujeitas a juros de 1% ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% sobre o valor do débito em atraso, sem prejuízo da correção monetária.

Capítulo XI DO REAJUSTE

Art. 54. 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. 55. 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 que irão 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 da ANS 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 XII DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 56. 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 | Varição % |
|---------------------|------------------|
| 0 - 18 | - |
| 19 - 23 | 30,0% |
| 24 - 28 | 46,2% |
| 29 - 33 | 10,5% |
| 34 - 38 | 9,5% |
| 39 - 43 | 8,7% |
| 44 - 48 | 8,0% |
| 49 - 53 | 29,6% |
| 54 - 58 | 28,6% |
| 59 + | 32,9% |

§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 poderá 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 XIII DAS OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 57. Caberá aos Beneficiários:

- I- conhecer, cumprir e fazer cumprir este Regulamento;
- II- prestar esclarecimentos, informações, comprovações, bem como submeter-se à avaliação médica ou exames, permitindo o acesso ao seu prontuário quando solicitado pela **COPASS SAÚDE**;
- III- contribuir mensalmente com os valores determinados neste Regulamento;
- IV- solicitar à **COPASS SAÚDE** a inclusão ou exclusão de Dependentes conforme critérios estabelecidos no **PLANO**;
- V- comunicar à **COPASS SAÚDE** toda e qualquer alteração cadastral;
- VI- devolver o cartão de identificação quando do cancelamento do **PLANO**, sujeito à cobrança financeira caso utilize indevidamente. Em caso de cartão digital, o Beneficiário se compromete a deixar de utilizá-lo imediatamente, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus Dependentes, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes com o plano de saúde, bem como se responsabilizando pelo pagamento das despesas decorrentes do uso indevido realizado após o cancelamento.

Capítulo XIV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58. 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. 59. 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. 60. Este regulamento vigorará por prazo indeterminado a partir de 1º de janeiro de 2026.

Art. 61. 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 - PLANO COPASS ESSENCIAL ASSISTIDOS

| Faixa Etária | Mensalidade |
|--------------|-------------|
| 0 -18 | 146,90 |
| 19 - 23 | 190,96 |
| 24 - 28 | 279,14 |
| 29 - 33 | 308,52 |
| 34 - 38 | 337,89 |
| 39 - 43 | 367,28 |
| 44 - 48 | 396,66 |
| 49 - 53 | 514,20 |
| 54 - 58 | 661,09 |
| 59 + | 878,52 |