

REGULAMENTO DO PLANO COPASS ODONTO ESSENCIAL (Aprovado pelo Conselho de Gestão em 18.11.2025) (Revisado e aprovado pelo Conselho de Gestão em 24.02.2026)

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- Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa – COPASS SAÚDE**, já qualificada neste instrumento;
- II- Associação dos Empregados da Copasa, de suas Subsidiárias e Patrocinadas – AECO**, inscrita no CNPJ sob o nº 18.777.383/0001-74, localizada na Rua Mar de Espanha, nº 480, bairro Santo Antônio, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30.330-270;
- III- 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: 30.330-270;
- IV- As empresas subsidiárias da COPASA MG** que firmarem Convênio de Adesão com a **COPASS SAÚDE** para a oferta do **PLANO**.

Art. 3º. O PLANO tratado neste instrumento é denominado PLANO COPASS ODONTO ESSENCIAL e está registrado na ANS sob o nº. 504.750/25-1, possuindo como Características Gerais:

- I- Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- II- Segmentação Assistencial: Odontológica;**
- 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 no Capítulo V - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção I 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 odontológica 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 odontológica.

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**;
- b) o Diretor da **COPASA MG**;
- c) os cargos de recrutamento amplo contratados pela mantenedora **COPASA MG**;
- d) Aposentados que tenham sido vinculados anteriormente às suas **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 ou perito da COPASS SAÚDE, 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:

- a) Filho do Titular que não for considerado dependente;
- b) Genro, nora e neto do Titular.
- c) Enteados Inscritos no **PLANO** que perderam a condição de Dependente.

§1º. A inscrição dos beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§2º. Os Beneficiários Dependentes e Dependentes Especiais deverão ser incluídos em PLANO com as características de cobertura odontológica do PLANO do Titular.

§3º. 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 estabelecidos no presente Regulamento.

§4º. Os aposentados, pensionistas e respectivos grupos familiares que, na data da entrada em vigor do PLANO, estejam regularmente inscritos como beneficiários da COPASS SAÚDE, poderão optar pela adesão ao PLANO, desde que assumam as responsabilidades financeiras e que o pedido seja formalizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da assinatura do Convênio de Adesão pela CONVENENTE.

§5º. 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.

§6º. 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, genro e nora, filhos e enteados e neto do Titular;
- 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;
- VI- declaração de enteado nos termos da COPASA MG disponível no portal da COPASS SAÚDE.

§7º. 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 prevista 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 comprobatórios 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 previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios

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, e quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente Especial;
- 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.

§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.

§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.

Art. 11. Em caso da 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.

Art. 13 Na hipótese em que o Beneficiário Titular solicite a exclusão de Dependente que se trate de empregado da COPASA MG e que tenha sido inscrito no PLANO na condição de cônjuge ou companheiro, será assegurada a este a manutenção no PLANO, na qualidade de Beneficiário Titular, mediante a assunção das responsabilidades financeiras decorrentes e desde que formalize expressamente junto à COPASS SAÚDE a opção pela sua manutenção. Nessa hipótese, não será exigido o cumprimento de novos períodos de carência, caso a opção pela manutenção no PLANO seja feita em até 30 (trinta) dias da solicitação de exclusão.

Capítulo IV DA PERDA DO VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Seção I DO FALECIMENTO

Art. 14. 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 as responsabilidades financeiras pelo PLANO, com o pagamento integral da contribuição mensal, sem subsídio da CONVENENTE.

Parágrafo único. 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.

Seção II DO DEDITADO

Art. 15. 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 indeterminado, desde que tenha no mínimo 10 (dez) anos de contribuição ao PLANO, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º. Na hipótese de contribuição por período inferior a 10 (dez) anos, 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. 16. 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 assumo 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 do direito 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.

Seção IV DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

Art. 17. 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. 18. 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. 19. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e 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, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede credenciada vinculada a este Regulamento.

Seção I DAS COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 20. Os atendimentos de urgência ou de emergência ocorridos fora da área de abrangência geográfica do PLANO serão garantidos, em todo o território nacional, **pela prática do sistema de reembolso, de acordo com os limites e regras previstos em Capítulo específico deste Regulamento.**

Art. 21. Além da cobertura definida na legislação de saúde vigente, a **COPASS SAÚDE** garantirá a cobertura dos seguintes procedimentos odontológicos:

- I- Fotografias;

- II- Tomografia computadorizada (2, 4 e 6 dentes);
- III- Tomografia computadorizada (Zigomático, ATM e seios da face);
- IV- Tomografia computadorizada da face;
- V- Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam (2, 4 e 6 dentes);
- VI- Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam (maxila e mandíbula);
- VII- Planejamento protético (JIG e enceramento);
- VIII- Reabilitação com restauração em cerômero unitária - inclui peça protética;
- IX- Reabilitação com coroa total metalo cerâmica- inclui peça protética;
- X- Reabilitação com coroa total metalo plástica - inclui peça protética;
- XI- Reabilitação com coroa total em cerâmica pura – inclui peça protética;
- XII- Reabilitação com restauração em cerâmica unitária – inclui peça protética;
- XIII- Reabilitação com faceta em cerâmica pura - inclui peça protética;
- XIV- Reabilitação com faceta em cerômero- inclui peça protética;
- XV- Reabilitação com prótese parcial fixa e adesiva em cerâmica pura;
- XVI- Reabilitação com prótese parcial fixa e adesiva em metalo - cerâmica;
- XVII- Reabilitação com prótese parcial fixa e adesiva em cerômero;
- XVIII- Prótese parcial removível com grampos bilateral;
- XIX- Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou semi-precisão;
- XX- Prótese parcial removível provisória com ou sem grampos;
- XXI- Prótese total;
- XXII- Prótese total imediata;
- XXIII- Prótese total incolor;
- XXIV- Deslize Horizontal do retalho - por elemento;
- XXV- Enxerto conjuntivo;
- XXVI- Dessensibilização dentinária;
- XXVII- Laser pós-cirúrgico - por elemento;
- XXVIII- Órtese miorrelaxante;
- XXIX- Mantenedor de espaço removível;
- XXX- Retirada de corpo estranho da região buco – maxilo – facial;
- XXXI- Prótese unitária sobre implante ou prótese fixa sobre implante, exceto para reabilitação total sobre implante, seja do tipo protocolo em acrílico, protocolo cerâmico, overdenture ou ponte fixa segmentada.

Parágrafo único. As condições para cobertura dos procedimentos estão especificadas na Lista de Procedimentos Odontológicos, disponível no portal da COPASS SAÚDE.

Capítulo VI DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 22. 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 para a segmentação odontológica, 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 definido pela autoridade competente;
- IV- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações e peças protéticas;
- V- Tratamento ortodôntico e de ortopedia facial, incluindo qualquer tipo de aparelho, sejam eles fixos ou removíveis;
- VI- 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, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;
- VII- Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar;
- VIII- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- X- Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XI- Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento ou na Cobertura Adicional prevista expressamente no presente Regulamento;
- XII- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área de abrangência do PLANO;
- XIII- Procedimentos de disfunções de ATM (articulação temporomandibular);
- XIV- Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XV- Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XVI- Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XVII- Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento ou na Cobertura Adicional estabelecida expressamente no presente Regulamento;
- XVIII- Transplantes ósseos;

- XIX- Enxertos com biomateriais e autógenos;**
- XX- Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;**
- XXI- Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;**
- XXII- Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres, ressalvados os procedimentos expressamente previstos na Cobertura Adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;**
- XXIII- Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;**
- XXIV- Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;**
- XXV- As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;**
- XXVI- Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;**
- XXVII- Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica ou na Cobertura Adicional estabelecida expressamente no presente Regulamento;**
- XXVIII- Cirurgias a laser;**
- XXIX- Clareamento dentário;**
- XXX- Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**
- XXXI- Fechamento com resina de próteses sobre implantes;**
- XXXII- Reposição de órtese miorelaxante em caso de quebra, perda ou mal uso;**
- XXXIII- Prótese do tipo Flexite;**
- XXXIV- Reabilitação total objetivando ajuste do plano oclusal com coroa ou restaurações em cerâmica pura;**
- XXXV- Scaneamento Digital;**
- XXXVI- Reabilitação parcial ou total sobre implante, seja do tipo protocolo em acrílico, protocolo cerâmico, overdenture ou ponte fixa segmentada.**

Capítulo VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 23. 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;**

- II- 30 (trinta) dias para consultas e procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**;
- III- 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos expressamente previstos na **Cobertura Adicional** do presente Regulamento;
- 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** para a segmentação odontológica 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:

- I- data da assinatura pela **CONVENENTE** do Convênio de **Adesão/disponibilização do PLANO - 01/01/2026**;
- 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** para a manutenção na condição de aposentado;
- VI- data do óbito do Titular, quando os Dependentes optarem pela permanência;
- VII- 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. Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência.

Capítulo VIII DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 24. Consideram-se procedimentos de urgência e emergência odontológicos, garantidos pelo presente Regulamento:

- I- Consulta odontológica de urgência;
- II- Tratamento de odontalgia aguda;

- III- Imobilização dentária temporária;
- IV- Recimentação de peça/trabalho protético;
- V- Tratamento de alveolite;
- VI- Colagem de fragmentos dentários;
- VII- Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- VIII- Reimplante de dente avulsionado com contenção;
- IX- Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.

Capítulo IX DO REEMBOLSO

Art. 25. 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.copasssaude.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 realizados, informar o número do dente, material, face ou região. Informar o valor de cada

procedimento, a data, carimbo e assinatura do profissional. Encaminhar a documentação de referência do atendimento, que inclui o raio x e o relatório, conforme regras da tabela LPO, disponível no portal da COPASS SAÚDE.

§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 consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos que permitam atendimento odontológico 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. 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 tabela (conforme negociações com os credenciados, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§11. 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) 32985800.

§12. Para solicitação de reembolso de procedimentos realizado 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 X DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I DO ATENDIMENTO

Art. 26. 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.**

§1º. Para a realização dos serviços previstos neste Regulamento, os Beneficiários deverão apresentar à COPASS SAÚDE o pedido 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.

§2º. A livre escolha não engloba prestadores que foram descredenciados pela COPASS SAÚDE, de forma que não serão acatados pedidos de reembolso de prestadores que foram descredenciados da COPASS SAÚDE, consoante lista disponível no Portal (www.copass-saude.com.br) e no telefone (31) 3298-5800.

Art. 27. 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**.

Art. 28. A utilização dos procedimentos previstos neste Regulamento, à exceção dos casos de urgência e emergência, **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, 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 do cirurgião-dentista assistente 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. 29. 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. 30. 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. 31. 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 cirurgião-dentista assistente responsável pelo paciente.

Art. 32. Nos termos da regulamentação vigente da ANS, em casos de divergência odontológica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, é garantida a formação de junta odontológica, constituída por 03 (três) cirurgiões-dentistas, 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 serão conforme disposto na regulamentação vigente.

Art. 33. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos odontológicos podem ser solicitados pelo 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 Odontologia - CRO 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. 34. 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 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. 35. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Titular, referente aos serviços cobertos pelo PLANO e utilizados por ele e seus Dependentes e Dependentes Especiais, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário, será cobrada coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor dos procedimentos odontológicos, exceto nos procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.

§2º. 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 XI DO CUSTEIO

Art. 36. O **PLANO** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da regulamentação vigente da ANS.

Art. 37. São fontes de receita do **PLANO**:

- 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.

§1º. O valor da contribuição mensal previsto no Anexo I ao presente Regulamento é definido por beneficiário, não havendo variação da contribuição mensal em virtude da mudança da faixa etária do beneficiário.

§2º. Poderá haver subsídio das **CONVENENTES** para os beneficiários em gozo de auxílio doença ou aposentados por invalidez, definido no Convênio de Adesão.

Art. 38. 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. 39. 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. 40. Nos casos em que por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento ou de benefícios as contribuições dos Titulares, caberá à **COPASS SAÚDE** proceder a cobrança, não eximindo a obrigação do Titular em recolhê-las diretamente aos cofres da **COPASS SAÚDE**.

Art. 41. 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 XII DO REAJUSTE

Art. 42. 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. 43. 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 contribuições 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 odontológicos, 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.

Capítulo XIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44. 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 custeio.

Art. 45. 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. 46. Este regulamento vigorará por prazo indeterminado a partir de 1º de janeiro de 2026.

Art. 47. 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 ODONTO ESSENCIAL

Faixa Etária	Mensalidade
Todas	39,27